Promotion de la prévention clinique

(PPC)

un projet de promotion
des pratiques préventives démontrées efficaces
auprès des médecins de première ligne
de la Montérégie, Québec

PROJET/ACCORD N° : QC324

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du
Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada.
Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement
la politique officielle du gouvernement fédéral ou provincial.

Juillet 2001

AUTEURS

Stéphane Groulx
Abder Maâroufi
Laura Haiek
Denise Donovan
Philippe Chapuis

SECRÉTARIAT

Diane Payeur
Ginette Charbonneau

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA PAGE COUVERTURE

Diane Payeur

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION ET DE LA DIFFUSION

Nathalie Hudon

POUR OBTENIR UNE COPIE DE CE DOCUMENT, ADRESSEZ-VOUS À :

Madame Ginette Charbonneau
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777 poste 4121

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Santecom (http://www.santecom.qc.ca) : A 15,486

Dépôt légal – 3e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-208-X

Remerciements

Ce rapport final témoigne d'un projet-pilote réalisé en 1999-2001 et rendu possible grâce au concours de nombreuses personnes que nous ne pourrions toutes énumérer.

Le secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé (Santé Canada), le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont contribué au projet en mettant à sa disposition des ressources humaines, matérielles ou financières. Monsieur Claude Boily, Directeur général de la Régie et le docteur Luc Boileau, Directeur de la santé publique, se sont engagés personnellement pour permettre sa réalisation. L'Hôpital Charles LeMoyne y a participé pour l'encadrement du personnel et par son Comité de déontologie de la recherche. La faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a permis de nombreuses collaborations.

Un Comité aviseur régional (CAR), constitué des docteurs Gilles Brunet, André H. Dandavino, Céline Gariépy, Daniel Gauthier et Jacques Rajotte, ainsi que de mesdames Manon Sabourin puis Sylvie Gaumond de Glaxo SmithKline et de madame Gisèle Blanchard, a fourni une assistance et des conseils utiles. Le projet a également bénéficié de l'appui direct des présidents des associations de médecins omnipraticiens de la Montérégie, les docteurs William J. Barakett, Yves Langlois et André Mageau. Une équipe d'évaluation constituée des docteurs Philippe De Wals et Maryse Guay et de monsieur Aimé Lebeau s'est également penchée sur nos travaux. Madame Nathalie Hudon nous a conseillés pour la diffusion des résultats du projet.

Finalement, nous remercions chaleureusement les équipes d'experts de contenu de chaque thème et l'équipe de terrain constituée de notre secrétaire administrative, de nos déléguées médicales et de nos enquêteurs pour leur participation enthousiaste et persévérante à ce projet aussi exigeant qu'innovateur.

Mot du directeur

La prévention est au coeur des activités de la santé publique. Son importance n'est d'ailleurs plus à démontrer pour réduire l'incidence et l'impact de plusieurs maladies. Toutefois, elle n'a pas toujours eu la place qu'elle méritait et ce, surtout auprès des médecins de première ligne. Faute de temps, de ressources ou d'information adéquate, ces derniers ne pouvaient, avec raison, aborder les questions relatives à la prévention avec efficacité.

Pourtant, 72 % de la population québécoise consulte un médecin de première ligne, pour une moyenne de quatre visites annuelles. De plus, les médecins exercent une forte influence sur le comportement de leur clientèle. Le projet Promotion de la prévention clinique (PPC) a voulu mettre en valeur ce potentiel considérable en prévention et promotion de la santé.

Mis de l'avant par une équipe de la Direction de la santé publique, le projet PPC a porté fruit en misant sur des stratégies inspirées du marketing. En plus d'améliorer la qualité de la communication entre les intervenants de santé publique et les praticiens, il a permis de mieux cerner les déterminants de l'adoption par les cliniciens de pratiques préventives efficaces, surtout dans le domaine du counselling sur les habitudes de vie.

Le présent document fait état des avancées du projet, sans oublier les coûts liés à l'adoption d'une telle approche. Nul doute que le lecteur saura tirer profit de cette évaluation portant sur un aspect névralgique du développement de la prévention au sein du système de santé.

Le directeur,

Luc Boileau, M.D., FRCPC

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **10**

SOMMAIRE **12**

1 But principal, objectifs et pertinence **14**

1.1 Pertinence 14

1.1.1 Concordance avec la politique de santé et de bien-être 14
1.1.2 Un canal de communication entre les médecins et la santé publique 14
1.1.3 Implantation insuffisante des guides de pratique 14
1.1.4 Limites des modèles actuels de changement de comportement 15
1.1.5 Les médecins: difficiles à rejoindre et à influencer 16
1.1.6 Barrières à l'intégration des pratiques préventives 16
1.1.7 Outils de soutien et de renforcement démontrés efficaces 17
1.1.8 Mieux vendre la prévention 18
1.1.9 Le counselling préventif: une intervention puissante mais négligée 20

1.2 But et objectifs 20

2 Activités du projet **22**

2.1 Méthodologie d'intervention 22

2.1.1 Populations cibles 22
2.1.2 Choix des thèmes 23
2.1.3 Activités d'intervention 23
2.1.4 Ressources 28

2.2 Méthodologie d'évaluation 34

2.2.1 Modèle logique de l'intervention 34
2.2.2 Types d'évaluation 35
2.2.3 Méthodologie de l'évaluation des effets 35
2.2.4 Méthodologie de l'évaluation du processus 38
2.2.5 Méthodologie de l'évaluation des coûts 40
2.2.6 Considérations éthiques 41

3 Résultats et impact du projet **43**

3.1 Résultats 43

3.1.1 Évaluation des effets 43
3.1.2 Évaluation du processus 53
3.1.3 Évaluation des coûts 57

4 Discussion 60
4.1 Atteinte des objectifs 60
4.1.1 Ouverture d'un canal de communication entre les omnipraticiens et la santé publique 60
4.1.2 Expérimentation de nouvelles stratégies novatrices 60
4.2 Conséquences pour les services et les politiques de santé 63
4.3 Recommandations 63

5 Diffusion 66
5.1 Publics-cibles 66
5.1.1 Réseau de la santé 66
5.1.2 Médias et décideurs 66
5.2 Objectifs de diffusion 66
5.2.1 Réseau de la santé 66
5.2.2 Médias et décideurs 66
5.3 Moyens et stratégies 67
5.3.1 Réseau de la santé 67
5.3.2 Médias et décideurs 67
5.3.3 Site Web 67

6 Annexes (disponibles sur demande) 69
6.1 Tableaux complémentaires de résultats 69
6.2 Outils d'intervention 69
6.2.1 Outils à l'usage des délégués, des médecins et de leurs patients (deux cartables : NNS et ONO) 69
6.2.2 Diapositives et bandes vidéo des Ateliers en Techniques de Persuasion 69
6.3 Outils d'évaluation 69
6.3.1 Fiche de visite du délégué 69
6.3.2 Questionnaires pour les médecins (NNS et ONO) 69
6.3.3 Questionnaires pour les patients (NNS et ONO) 69

Bibliographie 67

INTRODUCTION

Le projet Promotion de la prévention clinique (PPC) est le résultat d'une réflexion amorcée en 1994-95, années de la publication des guides de médecine clinique préventive canadien[1] puis américain[2]. Les docteurs Denise Donovan, Stéphane Groulx et Luce Pélissier-Simard s'étaient alors réunis pour explorer de nouvelles approches visant à assurer auprès des médecins de première ligne la diffusion et l'implantation des guides de pratique proposés *(practice guidelines)*. Avec l'arrivée du docteur Laura Haiek en 1996 des études préliminaires ont été réalisées.[3] En 1997, une subvention de départ du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec permettait d'engager le consultant en marketing et stratégie Philippe Chapuis, qui a aidé l'équipe à développer cette nouvelle approche et à présenter en 1998 une demande de subvention au Fonds pour l'adaptation des services de santé. C'est finalement au printemps 1999 que le projet actuel a vu le jour, pour se terminer sur le terrain en mars 2001.

Le projet PPC, qui s'inscrit dans le cadre de la réforme des soins préventifs primaires, proposait de chercher à atteindre les priorités nationales de santé publique en utilisant la courroie de transmission du milieu clinique de première ligne. À l'aide de méthodes empruntées au marketing et à l'andragogie, il visait à promouvoir, directement auprès des médecins omnipraticiens en pratique privée et indirectement auprès de leur clientèle, des pratiques de prévention clinique démontrées efficaces. En d'autres termes, le projet voulait « vendre » aux médecins de nouvelles façons d'intervenir, les former et les outiller, de manière à en faire de meilleurs « vendeurs » de prévention (agents multiplicateurs) auprès de leurs patients. Cette approche marketing apparaissait comme une solution possible au piétinement observé jusqu'ici dans l'implantation des guides de pratique.[4]

Après avoir défini les objectifs du projet PPC et démontré sa pertinence, le présent rapport décrit les activités déployées par les équipes chargées de développer les interventions préventives, d'effectuer les visites sur le terrain, de concevoir et produire les outils de soutien et de renforcement, de dispenser les formations et de réaliser l'évaluation du projet. Il présente les résultats et l'impact du projet (implantation, effets sur les populations visées, coûts), discute des points forts et points faibles de l'intervention et de l'évaluation, propose des avenues de développement futur ainsi qu'un plan de diffusion. Les principaux outils et productions du projet sont présentés en annexe.

106-04589/

SOMMAIRE

Le projet Promotion de la Prévention Clinique visait à améliorer la pratique de la prévention en utilisant des méthodes empruntées au marketing et à l'andragogie pour promouvoir directement auprès des médecins omnipraticiens en pratique privée (payés à l'acte), et indirectement auprès de leur clientèle, des pratiques de prévention clinique démontrées efficaces.

Pertinence

Chaque année, environ 70% de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites. Les médecins de première ligne exercent une grande influence sur le comportement préventif de leur clientèle et s'avèrent indispensables pour certaines interventions. Ils détiennent un potentiel considérable d'améliorer la santé de la population en intégrant la prévention à leurs consultations individuelles. Pourtant, les obstacles à l'adoption de pratiques préventives efficaces sont tels que les médecins n'atteignent pas en général les objectifs fixés par les programmes de santé publique et que leur performance est inférieure à ce qu'eux-mêmes souhaiteraient.

Il existe déjà plusieurs ressources qui peuvent soutenir l'intégration de la prévention à la pratique. Des guides de pratique cliniques fondés sur des données probantes, des systèmes de bureau et des outils agissant sur les déterminants des comportements préventifs ainsi que certaines méthodes de formation médicale continue se sont tous avérés efficaces dans certaines circonstances, la combinaison de multiples stratégies se révélant avantageuse. La difficulté est de s'assurer que ces ressources atteignent leur cible et qu'elles s'adaptent aux besoins changeants de leurs utilisateurs potentiels.

Objectifs et description des activités

À la lumière de ce qui précède, les promoteurs ont voulu expérimenter des approches inspirées du marketing (vente académique, communication persuasive) pour « vendre » des interventions préventives spécifiques aux médecins, et faire de ceux-ci à leur tour de meilleurs vendeurs de prévention auprès de la population. Un délégué médical en prévention (un non-médecin) visitait l'omnipraticien à son cabinet pour s'informer de ses pratiques et de ses besoins, l'inviter à un atelier de formation en communication persuasive et lui offrir un éventail de systèmes et outils de bureau visant à faciliter l'intégration des guides de pratique clinique préconisés.

Le premier volet de l'intervention (Nouveaux-Nés en Santé ou NNS) devait vendre 3 interventions préventives à la totalité des 77 médecins omnipraticiens qui suivent des grossesses en Montérégie, soient : la promotion de l'allaitement maternel, le counselling anti-tabagisme et le counselling universel/dépistage volontaire du VIH pendant la grossesse. Le deuxième volet visait à promouvoir auprès d'un échantillon de 185 médecins Omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO) 3 autres interventions : le counselling anti-tabagisme dans la population générale, la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et le counselling en faveur de l'activité physique. Le counselling préventif occupait donc une place prédominante dans les interventions proposées aux médecins, même si le dépistage et la vaccination en faisaient également partie.

Méthodes d'évaluation

L'évaluation a porté sur les effets de l'intervention PPC sur le comportement des médecins, l'implantation des activités du projet et leurs coûts. Pour le volet NNS, les effets ont été évalués selon un devis pré-post intervention sans groupe témoin. Pour le volet ONO, on a utilisé l'approche de l'étude contrôlée : les cabinets des médecins de première ligne de la Montérégie ont été aléatoirement répartis en deux groupes, intervention (185 médecins pratiquant dans 36 cliniques) et témoin (130 médecins pratiquant dans 29 cliniques). Les médecins constituaient notre unité d'étude. Le groupe expérimental a reçu les services décrits ci-dessus et 36 médecins ont participé à la collecte de données (questionnaire médecin auto-administré et enquête téléphonique auprès de 5 de ses patients). Le groupe témoin a également été visité, et 31 médecins nous ont autorisés à effectuer la collecte de données de comparaison.

Une évaluation qualitative de la satisfaction et de l'acceptabilité du projet a été menée en interviewant les médecins participants et les délégués médicaux. La pénétration des activités du projet et les barrières à leur implantation ont également été analysées.

Les coûts occasionnés par la production des activités du projet ont été estimés à l'aide du journal de bord des délégués. Cette évaluation a permis d'estimer le coût moyen des interventions PPC pour chaque thème et par médecin.

Résultats et discussion

Malgré les ressources limitées allouées pour l'évaluation du projet, celle-ci a réussi à dégager une tendance robuste à l'amélioration de la pratique du counselling par les médecins visités, en pré-post intervention (NNS) et par rapport au groupe témoin (ONO). Dans l'enquête menée auprès des patients, considérés comme une source d'information fiable, cette tendance est significative tant pour la performance que pour la durée du counselling, en particulier pour les thèmes VIH/grossesse et tabagisme dans la population générale ($p<0.05$). La seule des six interventions qui ne semble pas avoir eu d'effet est celle qui concerne la promotion de l'activité physique.

Le projet a dépassé ses objectifs pour ce qui est d'établir un canal de communication avec les omnipraticiens, en rencontrant 66 à 92% des médecins visés jusqu'à 5 reprises, pour des durées moyennes de 5 à 24 minutes. Le taux de participation de ces médecins aux ateliers a été de 21 à 33%, et la satisfaction à l'égard des activités du projet de 76 à 95 %. Les coûts pour reproduire de telles activités ont été estimés.

Conclusions

Une approche marketing multistratégique comportant des visites, des formations et des outils de soutien semble efficace pour rejoindre les médecins et initier chez eux des changements de comportement en faveur de pratiques préventives reconnues. La rentabilité de cette approche pour améliorer la santé de la population reste à établir.

1 BUT PRINCIPAL, OBJECTIFS ET PERTINENCE

1.1 Pertinence

1.1.1 Concordance avec la politique de santé et de bien-être

Le rapport de la Commission Clair sur les services de santé et les services sociaux du Québec, rendu public en janvier 2001,[5] propose que la prévention constitue l'élément central de la politique québécoise de la santé et du bien-être, et recommande spécifiquement que les directions de santé publique fassent connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention, et que celles-ci soient intégrées dans leur pratique. Le projet PPC a donc pris une longueur d'avance dans l'application de ces recommandations.

1.1.2 Un canal de communication entre les médecins et la santé publique

En Montérégie, une région de 1 332 000 habitants située au sud du Québec, la santé publique avait jusqu'ici peu de contacts avec les quelques 850 médecins omnipraticiens en pratique privée de son territoire, et à peine plus avec les 150 autres omnipraticiens oeuvrant dans les centres hospitaliers ou les centres locaux de services communautaires (CLSC). Pourtant, les praticiens privés qui exercent la médecine générale ou familiale assurent 80% du volume des soins ambulatoires, élément clé dans la réforme des services de santé.

Les médecins de première ligne du Québec sont placés dans une position privilégiée pour contribuer à la prévention, puisqu'ils rencontrent en une année environ 70 % des bénéficiaires du régime d'assurance-maladie, avec une moyenne de quatre visites par bénéficiaire.[6] Ils comptent parmi les professionnels de la santé qui ont le plus d'influence sur les comportements préventifs de leurs patients.[7] Ils sont essentiels pour les activités de dépistage individuel et de chimioprophylaxie, des acteurs importants pour l'immunisation, et des intervenants efficaces pour le counselling préventif.[1] Toutefois, ce potentiel énorme d'interaction préventive entre des professionnels qualifiés et la population demeurait jusqu'ici sous-exploité.

1.1.3 Implantation insuffisante des guides de pratique

Le Canada a été un pionnier dans la production de guides de pratique préventive destinés aux cliniciens. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique [1]a débuté ses travaux en 1976, suivi par le *U.S. Task Force on Preventive Services* [2]et plus récemment par divers autres organismes comme l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec. Ces groupes de travail ont synthétisé de façon rigoureuse les preuves scientifiques ayant trait à plus de 200 interventions préventives pour en faire des recommandations fiables.

De tels guides, s'ils étaient solidement implantés, pourrait mener à une augmentation des interventions préventives menées par les médecins. Pourtant la production de telles recommandations n'est pas à elle seule suffisante pour améliorer la pratique préventive.[8] Il manque jusqu'à présent des systèmes efficaces pour diffuser ces guides, pour amener les médecins de première ligne à se les approprier et faciliter leur implantation dans le contexte clinique.[9] Ce sont de tels systèmes que le projet PPC visait à développer.

1.1.4 Limites des modèles actuels de changement de comportement

Plusieurs modèles théoriques, essentiellement cognitifs, ont été élaborés pour expliquer et éventuellement prédire le comportement tant des médecins que de leurs patients. Citons le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*),[10] la théorie du comportement planifié[11, 12], la théorie des comportements interpersonnels[13] et la théorie sociale cognitive.[14, 15]

Green et Kreuter[16, 17] ont décrit un modèle de planification des interventions éducatives où des facteurs prédisposants (valeurs, croyances, attitudes et perceptions), facilitants (habiletés et ressources) et renforçateurs (gains ou résultats visibles, support des pairs, feedback des patients...) influencent le comportement. Ce modèle a été repris par Walsh et McPhee,[18] pour lesquels la pratique médicale est influencée par de tels facteurs liés au patient, au médecin, à l'organisation du cabinet, à la nature des interventions préventives et à des facteurs extérieurs tels que l'influence des pairs, le mode de rémunération et l'organisation du réseau de santé. Un autre modèle éducatif proposé par Rochon[19, 20] propose d'aborder différemment les obstacles au changement de comportement selon qu'ils prédominent dans la sphère du savoir, du vouloir ou du pouvoir changer (SVP).

Bien que ces modèles cognitifs aient leur utilité pour planifier et évaluer certaines interventions menées à l'échelle communautaire, on comprend facilement que leur lourdeur et leur complexité limitent leur applicabilité dans le contexte de la consultation médecin-patient. De plus, ces modèles passent sous silence le rôle des émotions dans la décision du médecin ou de son patient d'adopter un comportement favorable à la prévention. Sortant des sentiers battus, le projet PPC a mis au second plan ces modèles cognitifs pour adapter, développer et mettre au point des modèles affectifs d'usage courant en marketing, mais encore pratiquement inconnus des médecins.[21-23]

Enfin, le modèle transthéorique de Prochaska, Norcross et DiClemente[24-26] s'est montré extrêmement utile au cours du projet. Ce modèle décrit le changement de comportement comme une spirale passant par des étapes successives incontournables (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, terminaison) au cours desquelles les individus sont réceptifs à des interventions spécifiques. Nos résultats confèrent une nouvelle dimension aux prédictions de ce modèle descriptif, en l'appliquant non seulement aux patients, mais à leur médecin, comme le suggère un rapport récent de l'Organisation mondiale de la santé.[27]

1.1.5 Les médecins: difficiles à rejoindre et à influencer

Les études ont démontré que les stratégies traditionnelles de diffusion des connaissances (distribution de documentation, conférences) ont peu d'impact sur les pratiques des médecins.[9, 28-30] D'autres stratégies, qui utilisent la pression des pairs pour agir sur les attitudes et le comportement des médecins, semblent plus prometteuses, comme l'influence d'un leader d'opinion local[31]ou les méthodes actives d'apprentissage en petits groupes, basées sur la pratique.[32] La rétro-information concernant la performance (*audit or peer review and feedback*) est une autre intervention qui semble modérément efficace si elle répond à certains critères.[33-36]

La « vente académique » (*academic detailing, educational outreach visits*), visite d'un délégué médical (*medical representative*) au cabinet du médecin, semble l'une des stratégies de dissémination de l'information et de modification du comportement des médecins les plus efficaces. Elle a démontré qu'elle pouvait modifier les comportements de prescription[37-40]et constitue le fer de lance des stratégies de marketing dans l'industrie pharmaceutique. Elle a l'avantage de rejoindre et de capter l'attention de la grande majorité des médecins, incluant ceux qui lisent peu et ne participent jamais aux formations qui leur sont proposées. Cette méthode permet également d'assurer un suivi des pratiques adoptées par les médecins. Les délégués établissent avec eux un lien privilégié, adapté aux besoins ressentis et tenant compte du temps limité dont ils disposent. Certains médecins se montrent plus réceptifs (adopteurs précoces de l'innovation), et peuvent avoir un effet d'entraînement sur leurs collègues, en tant que leaders d'opinion. La visite du délégué offre les meilleures chances d'identifier de tels leaders, qui seront souvent les premiers à participer aux activités proposées et influenceront leurs collègues moins portés à adopter des changements dans leur pratique. C'est pourquoi le projet PPC a voulu expérimenter une nouvelle application de la vente académique en donnant un rôle central à ses « délégués médicaux en prévention ».

La prévention clinique, pour être améliorée de façon significative, doit utiliser de multiples stratégies simultanées.[28, 41] Les interventions, même celles qui semblent peu efficaces isolément, ont un effet cumulatif quand elles font partie d'une stratégie multidimensionnelle. À l'exception de l'audit de dossier, coûteux et difficile d'application en pratique privée, le projet PPC a voulu expérimenter à divers degrés la plupart des stratégies précédentes pour influencer le comportement des médecins.

1.1.6 Barrières à l'intégration des pratiques préventives

Plusieurs études ont montré que, malgré leur intérêt pour la prévention et leur bonne volonté, les médecins font face à de multiples barrières dans l'intégration de la prévention à leur pratique.[3]Ces barrières sont reliées aux médecins eux-mêmes, à leurs patient ou à l'organisation de leur pratique.[42, 43]

Les médecins ne sont pas toujours sensibilisés à une problématique donnée. Ils peuvent ignorer ou être peu familiers avec les recommandations, en désaccord avec elles, les trouver complexes, douter de leur efficacité, craindre leurs effets néfastes ou manquer de confiance dans leur propre capacité de les mettre en oeuvre[44]Les médecins sont sensibles à la controverse scientifique concernant les recommandations et se méfient des sources

gouvernementales, qu'ils jugent en conflit d'intérêt.[45] Seuls les médecins plus récemment formés ont reçu une formation spécifique en communication médecin-patient et en prévention, expliquant en partie que les jeunes médecins, qui sont en majorité des femmes et participent davantage à la formation médicale continue, fassent plus de prévention.[46]

Les patients pensent que leurs médecins sont peu préoccupés par la prévention, tandis que les médecins croient que ce sont leurs patients qui sont peu motivés.[47] Les médecins perçoivent que leurs patients consultent encore trop peu en prévention et que l'observance des recommandations préventives est faible.[48] Le manque de résultats à court terme prive le médecin d'un encouragement nécessaire à poursuivre ses efforts. En dehors de l'examen médical périodique, qui est toujours considéré par médecins et patients comme une occasion privilégiée de discuter de prévention, les patients consultent le plus souvent en raison d'une anxiété reliée à des malaises, à une maladie dans la famille ou à une information conflictuelle provenant des proches ou des médias.[49] L'intervention préventive du médecin dans un tel contexte se doit d'être opportuniste, consistant à proposer un dépistage, une immunisation ou à offrir du counselling. Ces interventions, non sollicitées par les patients, prolongent d'environ deux minutes la durée de la consultation,[50] et ne doivent pas interférer avec la réponse aux attentes légitimes des patients, si on veut préserver une relation de confiance avec eux.

Certains médecins considèrent que ce n'est pas leur rôle de faire de la prévention, ou ne se sentent pas appuyés politiquement pour en faire.[51] Ils ont à souffrir du manque de temps dû à la compétition entre les soins préventifs et curatifs.[52] Peu de systèmes de rappel efficaces pour les médecins et leurs patients sont implantés en cabinet privé, comme nous avons pu le constater lors de notre intervention en vaccination anti-grippale. L'absence de matériel didactique, le manque de globalité et de continuité des soins, l'insuffisance de la collaboration avec les ressources professionnelles ou communautaires et l'absence de rémunération pour les actes préventifs en pratique privée sont d'autres difficultés organisationnelles.

1.1.7 Outils de soutien et de renforcement démontrés efficaces

Des outils et systèmes de bureau visant l'intégration des recommandations à la pratique des médecins ont été élaborés à partir d'études scientifiques sur les facteurs influençant la pratique. On a encouragé les patients à prendre en main leur santé (*patient-mediated interventions*) à l'aide d'un carnet de santé autogéré[53]ou de dépliants et brochures d'information. Des systèmes rappelant au patient à quel moment il est recommandé qu'il se soumette à un acte préventif[64]ont démontré leur efficacité. Différents systèmes rappelant au médecin qu'un acte préventif est indiqué chez son patient (*reminders*) ont également fait leurs preuves, tels que l'ajout d'autocollants ou de fiches-santé aux dossiers[55, 56], et des rappels informatisés.[57] Le programme américain "*Put Prevention into Practice*", proposait une trousse intégrant de nombreux outils d'intervention.[58] Le succès de ces outils de prévention dépend, outre la motivation du médecin et de ses patients, du soutien de son personnel clérical et des modes d'organisation des activités cliniques.[59, 60] L'expérimentation de plusieurs de ces outils et systèmes au cabinet des médecins a permis au projet PPC de mieux connaître leurs conditions de succès.

1.1.8 Mieux vendre la prévention

Tenant compte des considérations précédentes, le projet PPC a développé et expérimenté une approche marketing pour faire acheter aux médecins et à leurs clients les guides de pratique clinique préventive retenus. Cette approche, utilisée par les délégués lors des visites et enseignée aux médecins lors des ateliers, découle d'une démarche interdisciplinaire marketing/médecine familiale qui fait l'objet d'une publication en préparation.[61] La manière dont le projet PPC intervient dans l'implantation d'un guide de pratique clinique préventive est illustrée à la figure1.

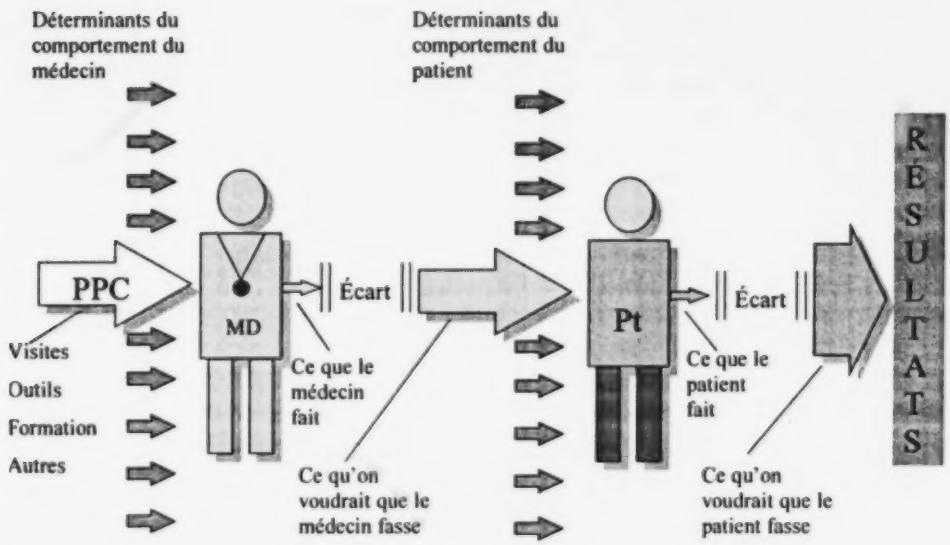


Figure 1 : Implantation d'un guide de pratique clinique préventive selon l'approche PPC

En lisant de droite à gauche : Pour obtenir les résultats attendus (réduction de la morbidité et de la mortalité), il faudrait que les patients adoptent massivement un comportement favorable (ou abandonnent un comportement défavorable) à leur santé. Malheureusement, ils n'effectuent qu'un faible changement de comportement car ils sont freinés par un certain nombre de déterminants psychosociaux. L'un des déterminants qui pourrait le plus favoriser le changement est l'influence du médecin, qu'on voudrait importante et soutenue. Malheureusement, les médecins n'exercent que rarement une influence aussi forte car il sont eux aussi freinés par certains déterminants de leur pratique. Le projet PPC vise à mettre en place un nouveau déterminant de la pratique du médecin, utilisant trois stratégies principales (visites, outils, formations) pour influencer son comportement en faveur du guide de pratique proposé.

Le projet PPC doit donc initier une double vente. La première est effectuée par le délégué médical auprès du médecin (vente académique), et la seconde par le médecin auprès de son patient (counselling préventif). Toutes deux utilisent des techniques de communication persuasive connues en marketing sous le nom de modèle PRO-BAC^{MD} (Personne, Rôle, Objet / Bénéfices, Avantages, Caractéristiques), adaptées pour la médecine sous le nom PPM-BAC (Personne, Patient, Maladie / Bénéfices, Avantages, Caractéristiques). Le fonctionnement du modèle est illustré à la figure 2.

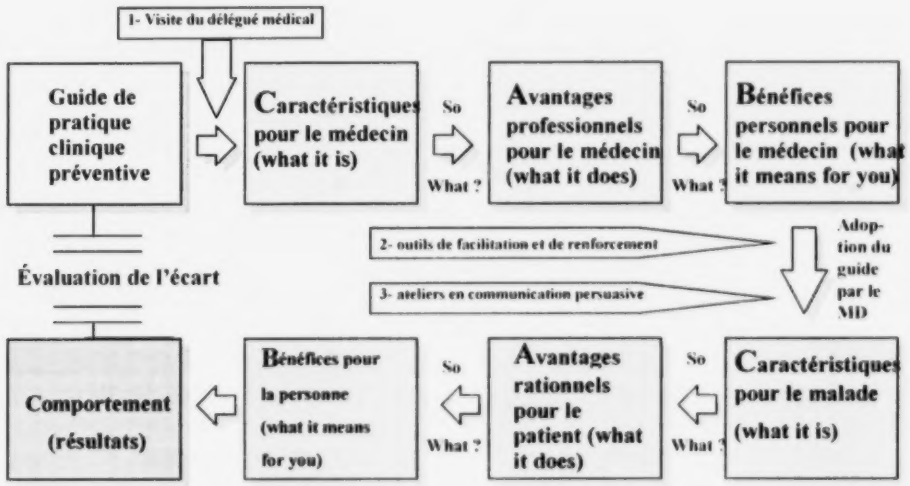


Figure 2 : Fonctionnement du modèle de double vente PPM-BAC

Le guide de pratique clinique préventive (« produit de prévention ») comporte pour le médecin certaines caractéristiques (efficacité pour prévenir ou contrôler le problème de santé, innocuité, commodité, coûts), qui entraînent certains avantages professionnels pour le médecin (ex : performance supérieure, meilleure gestion du temps) et des bénéfices personnels avant tout émotionnels (ex : plaisir de maîtriser une technique, satisfaction du travail bien fait, considération des collègues, gratitude des patients, estime de soi). Si le délégué réussit à conclure sa vente, le médecin adopte le guide et devient à son tour vendeur. À l'aide d'une formation et d'outils appropriés, il doit persuader son patient que les caractéristiques du « produit de prévention » comportent pour lui des avantages rationnels (ex : retour ou maintien du fonctionnement social) et des bénéfices émotionnels (ex : accès aux sources de plaisir, évitement d'événements désagréables) qui devraient l'inciter à « acheter ». Le changement de comportement du patient (achat du produit) génère des résultats de santé qui amènent des ajustements cycliques.

Le projet PPC doit donc initier une double vente. La première est effectuée par le délégué médical auprès du médecin (vente académique), et la seconde par le médecin auprès de son patient (counselling préventif). Toutes deux utilisent des techniques de communication persuasive connues en marketing sous le nom de modèle PRO-BAC^{MD} (Personne, Rôle, Objet / Bénéfices, Avantages, Caractéristiques), adaptées pour la médecine sous le nom PPM-BAC (Personne, Patient, Maladie / Bénéfices, Avantages, Caractéristiques). Le fonctionnement du modèle est illustré à la figure 2.

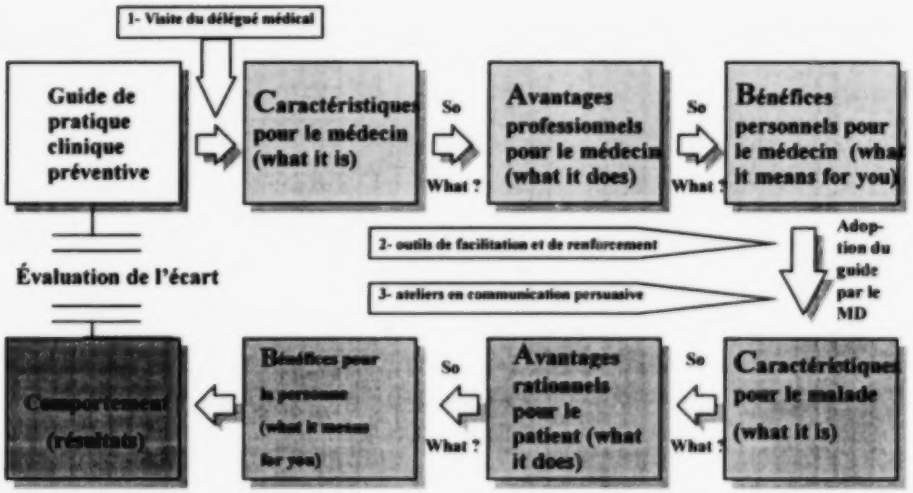


Figure 2 : Fonctionnement du modèle de double vente PPM-BAC

Le guide de pratique clinique préventive (« produit de prévention ») comporte pour le médecin certaines caractéristiques (efficacité pour prévenir ou contrôler le problème de santé, innocuité, commodité, coûts), qui entraînent certains avantages professionnels pour le médecin (ex : performance supérieure, meilleure gestion du temps) et des bénéfices personnels avant tout émotionnels (ex : plaisir de maîtriser une technique, satisfaction du travail bien fait, considération des collègues, gratitude des patients, estime de soi). Si le délégué réussit à conclure sa vente, le médecin adopte le guide et devient à son tour vendeur. À l'aide d'une formation et d'outils appropriés, il doit persuader son patient que les caractéristiques du « produit de prévention » comportent pour lui des avantages rationnels (ex : retour ou maintien du fonctionnement social) et des bénéfices émotionnels (ex : accès aux sources de plaisir, évitement d'événements désagréables) qui devraient l'inciter à « acheter ». Le changement de comportement du patient (achat du produit) génère des résultats de santé qui amènent des ajustements cycliques.

1.1.9 Le counselling préventif: une intervention puissante mais négligée

Le *US Task Force*[2] considère que les interventions de prévention clinique ciblées sur les habitudes de vie (tabagisme, activité physique, alimentation, sexualité, alcool et drogues, sécurité) sont les plus prometteuses en terme de morbidité et mortalité évitées. Toutefois, la plupart des interventions récentes en prévention clinique se sont concentrées sur l'amélioration du dépistage et de l'immunisation en utilisant des agents facilitateurs au niveau de l'organisation des soins.[62, 63] Des interventions comme la prescription d'une mammographie de dépistage ou l'administration d'un vaccin sont familières aux médecins, souvent notées au dossier et plus facilement évaluables sur le plan quantitatif. Par contre, pour produire une amélioration significative des performances médicales pour de telles activités, il faut dépenser des ressources d'autant plus considérables que le niveau de base de ces pratiques est élevé.

Le projet PPC, au contraire, s'est principalement intéressé au counselling préventif, en tentant d'améliorer par une action directe (visite, ateliers) ou indirecte (outils) les habiletés de communication persuasive des médecins. Notre préoccupation se situait tant au plan quantitatif (ex : nombre de patients recevant un counselling) qu'au plan qualitatif (contenu et présentation du message). Toutefois, la pratique du counselling est difficile à objectiver, surtout dans un cabinet privé. Le dossier médical y est peu accessible et le counselling y est rarement noté. L'observation directe (miroir unidirectionnel) n'y est pas disponible. L'interrogatoire des patients y nécessite l'autorisation du médecin, en plus du consentement éclairé du patient. Enfin l'utilisation de patients simulés,[64] la meilleure méthode d'évaluation disponible, est fort coûteuse, sans être exempte de certains biais. Le choix des promoteurs du projet d'intervenir sur le counselling des médecins impliquait donc des difficultés potentielles au niveau de l'évaluation, surtout si l'on considère les ressources limitées qui y étaient allouées dans le cadre de la subvention du FASS.

1.2 But et objectifs

Le but principal du projet PPC était de favoriser et soutenir une pratique efficace de la prévention et de la promotion de la santé par les médecins omnipraticiens en pratique privée de la Montérégie.

Le premier objectif était d'ouvrir un canal de communication entre les omnipraticiens et la santé publique.

Le deuxième objectif était d'expérimenter des stratégies novatrices : visites d'un délégué médical (« vente académique » ou *academic detailing*), formations axées sur la communication persuasive et outils ou systèmes originaux de soutien et de renforcement des pratiques efficaces.

Le troisième objectif était d'établir l'efficacité et l'efficience d'une telle approche multi-stratégique pour modifier le comportement des médecins en faveur de pratiques préventives efficaces.

2 ACTIVITÉS DU PROJET

Les activités d'intervention et d'évaluation du projet PPC se sont partagées en deux volets, correspondant à deux populations distinctes de médecins et à deux devis d'évaluation: le volet Nouveaux-Nés en Santé (NNS) et le volet Omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO).

2.1 Méthodologie d'intervention

2.1.1 Populations cibles

Deux populations distinctes d'omnipraticiens ont été ciblées pour recevoir l'intervention.

Un groupe de 77 médecins comprenant tous les omnipraticiens de la Montérégie actifs en périnatalité (suivi de grossesses et accouchements) étaient visés pour recevoir la visite d'un délégué concernant trois thèmes reliés à la grossesse : promotion de l'allaitement maternel, counselling anti-tabagisme et dépistage du VIH pendant la grossesse. Il s'agit du volet Nouveaux-Nés en Santé (NNS) du projet.

Un deuxième groupe de 315 Omnipraticiens Non-Obstétriciens (Volet ONO du projet) a été sélectionné concernant trois autres thèmes : la cessation du tabagisme dans la population générale, la vaccination contre la grippe et le pneumocoque et la promotion de l'activité physique. Pour choisir ces 315 médecins, on a d'abord écarté de l'échantillonnage trois territoires de la Montérégie en fonction de critères géographiques (régions de Sorel et de Valleyfield, trop éloignées du centre des opérations) et de convenance (région de St-Hyacinthe réservée à la Compagnie Glaxo Wellcome dans le cadre d'un projet parallèle de collaboration). Dans le reste du territoire, les pratiques médicales (cliniques) ont été randomisées en cliniques expérimentales et cliniques témoins. Les délégués devaient tenter de rencontrer le plus grand nombre possible des 185 médecins pratiquant dans les 36 cliniques expérimentales sélectionnées pour les trois thèmes, et leur offrir les outils et la formation reliés au projet. Les 130 médecins pratiquant dans les 29 cliniques témoins devaient fournir des données de comparaison concernant les effets de l'intervention PPC.

Pour être éligibles à l'intervention, les médecins devaient répondre aux critères d'inclusion/exclusion suivants :

- Posséder un permis d'exercice comme omnipraticien ou médecin de famille. Les médecins spécialistes, même ceux œuvrant en médecine générale, ont été exclus ;
- Pratiquer au moins une fois par semaine dans une des cliniques sélectionnées, excluant le samedi et le dimanche.

2.1.2 Choix des thèmes

Fidèle à sa proposition d'octobre 1998, le projet s'est appuyé sur quatre critères dans le choix des interventions de prévention clinique soumises à l'expérimentation. Celles-ci devaient :

- rejoindre les priorités nationales de santé publique ;
- s'appuyer sur des données probantes de la littérature médicale ;
- profiter de certaines opportunités régionales (programmes en cours et expertises disponibles) ;
- représenter tout l'éventail des types d'intervention (dépistage, immunisation, counselling).

Les thèmes retenus ont été les suivants, par ordre chronologique de leur implantation sur le terrain :

Volet NNS :

- Promotion de l'allaitement maternel
- Counselling anti-tabagisme chez les femmes enceintes
- Counselling universel / dépistage volontaire du VIH au cours de la grossesse

Volet ONO :

- Counselling anti-tabagisme dans la population générale
- Vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique
- Promotion de l'activité physique

Un thème supplémentaire (Programme de Prévention du Suicide s'adressant aux médecins : PPS-MD) a été développé en collaboration avec un groupe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke et de la Direction de la santé publique de la Montérégie. L'intervention n'ayant débuté sur le terrain qu'à la fin de mars 2001, il n'en est fait aucun compte-rendu dans ce rapport. Deux autres thèmes ont été développés partiellement dans le cadre du projet mais laissés en suspens : dépistage du cancer de la prostate par l'antigène prostatique spécifique (sujet trop controversé) et dépistage / traitement de l'hypertension artérielle (manque de ressources).

2.1.3 Activités d'intervention

➢ *Visites des délégués médicaux*

Le projet PPC a fait le choix délibéré d'engager des délégués médicaux non-médecins pour rencontrer les omnipraticiens, avec un profil comparable à celui des délégués des compagnies pharmaceutiques. Le principal critère d'embauche était le talent de communicateur du candidat. Trois délégués sur quatre n'avaient pas d'expérience dans la représentation médicale. Les délégués ont été engagés à titre de contractuels autonomes et

devaient fournir une voiture, moyennant des honoraires à tarif horaire et un remboursement de leurs frais de déplacement. Ils ont reçu une semaine de formation couvrant le projet et son contexte, la méthode de vente et les thèmes spécifiques abordés. Deux d'entre eux ont complété en cours d'emploi le cours de base du Conseil pour l'agrément des représentants des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada (APMR/RAFPP).

Équipés d'un téléavertisseur et d'un ordinateur portable, les délégués avaient pour tâches de :

- planifier et réaliser des rencontres individuelles ou de groupe avec les médecins, en collaboration avec le personnel des cliniques ;
- échanger sur les pratiques et les besoins individuels des médecins ;
- estimer le stade de changement de comportement des médecins visités pour les thèmes proposés (modèle transthéorique de Prochaska [24-26])
- offrir une information à jour;
- stimuler la mise en œuvre des pratiques préventives ;
- inviter les médecins aux ateliers en techniques de persuasion ;
- assurer le soutien technique des ateliers ;
- recevoir et donner du *feedback* aux médecins concernant leurs pratiques préventives ;
- remplir un journal de bord détaillé concernant les interventions ;
- participer à la collecte des données d 'évaluation (distribution et collecte des questionnaires destinés aux médecins expérimentaux et témoins et obtention des autorisations écrites pour le questionnaire téléphonique mené auprès de leurs patients).

Précédés d'une lettre du Directeur de la santé publique envoyée par télécopie dans les jours précédant la première visite, les délégués tentaient d'obtenir un rendez-vous rapide en téléphonant à la clinique. Si cette manœuvre échouait, les délégués se présentaient sans rendez-vous, munis de leur carte de visite, et demandaient à rencontrer le médecin. L'intervention pouvait avoir pour but une évaluation des pratiques et des besoins (visites exploratoires), être consacrée à la présentation d'un seul thème ou d'un thème principal et d'un thème en rappel, à répondre à une demande concernant les outils ou encore à fournir et demander du feedback au médecin sur les activités proposées (évaluation).

L'intervention du délégué était adaptée au stade de changement de comportement[24-26] identifié au cours de la visite. Ainsi, chez les précontemplateurs et les contemplateurs, les délégués discutaient des barrières et des aidants à l'activité préventive préconisée et laissaient la porte ouverte à une nouvelle visite. Chez les préparateurs, ils insistaient pour obtenir un engagement à participer à un atelier, tandis que chez les médecins déjà en action ou en maintien, ils apportaient un soutien et un renforcement des pratiques déjà acquises en offrant des outils, de la formation supplémentaire et des ressources.

➢ *Outils et systèmes de soutien / renforcement*

Trois types d'outils servaient à soutenir et renforcer les activités du projet.

Les outils « délégué » consistaient en des « pièces de présentation » (*detail pieces*) visant à soutenir visuellement le discours du délégué sur le sujet de la visite. Des dépliants invitant les médecins à s'inscrire aux ateliers ont également été produits.

Les outils « médecin » comprenaient principalement une fiche-synthèse d'information pour chaque thème proposé, résumant la problématique, le guide de pratique préconisé, les moyens concrets pour réaliser l'intervention proposée, les coordonnées des ressources disponibles et une liste de références disponibles sur demande. D'autres outils d'information : questionnaires pour les patients, autocollants de rappel pour les dossiers (*reminders*), répertoires de ressources et registres des patients éligibles à une intervention ont été créés ou adaptés. Ils pouvaient être insérés dans un classeur identifié au projet et offert aux médecins expérimentaux.

Les outils « patient » comportaient des brochures et dépliants d'information, des affiches à consulter à la salle d'attente, des répertoires de ressources, des cartes de rappel pour le portefeuille et une ligne ouverte d'information.

Le développement des outils comprenait une phase de conception mettant en interaction les experts de contenu de chaque thème et l'équipe du projet, une phase de réalisation infographique et une phase de reprographie. Le tableau I énumère les outils développés ou adaptés dans le cadre su projet tandis que le tableau II résume la fonction-type des principaux outils. Un exemplaire de chacun des outils mentionnés se retrouve en annexe à ce rapport et tous les outils du projet destinés aux médecins et aux patients sont disponibles sur Internet (site web : www.preventionclinique.ca).

Tableau 1 : Outils produits ou adaptés dans le cadre du projet PPC
(A) = La plupart des outils patients sont disponibles en version anglaise

Interventions NNS	Outils délégués	Outils médecins	Outils patients
Allaitement	• Pièce de présentation	• Fiche-synthèse • Algorithme de counselling • Énoncés et prises de position • Couvertures d'allaitement • Tirés à part	• Brochure Allaitement (A) • Affiches • Faire-part d'allaitement
VIH / Grossesse	• Pièce de présentation	• Fiche-synthèse • Tirés à part	• BrochureVIH (A)
Tabac / Grossesse	• Pièce de présentation	• Fiche-synthèse • Questionnaire stade/dépendance (A) • Autocollant • Diagramme de Fletcher • Réactions au sevrage • Modèle transthéorique • Questionnaire Prêt à cesser ? • Répertoire des ressources en cessation • Tirés à part	• Brochures Tabac et grossesse (A) • Résumé du répertoire des ressources en cessation

Interventions ONO	Outils délégués	Outils médecins	Outils patients
Tabagisme dans la population générale	• Pièce de présentation	• Fiche synthèse • Questionnaire stade/dépendance (A) • Autocollant • Diagramme de Fletcher • Réactions au sevrage • Modèle transthéorique • Questionnaire Prêt à cesser ? • Répertoire des ressources en cessation • Tirés à part	• Dérouleuses Respirman (A) • Résumé du répertoire des ressources en cessation
Vaccination contre la grippe et le pneumocoque	• Pièce de présentation	• Fiche-synthèse • Liste de rappel des patients éligibles • Autocollants pour les dossiers • Tirés à part	• Affiche • Dépliant grippe (A) • Dépliant pneumocoque (A)
Promotion de l'activité physique	• Pièce de présentation • Diaporama	• Fiche-synthèse • Tirés à part	• Affiche • Carte de rappel (A) • Tableau des activités • Ligne info-actif (A)

Tableau 2 : Fonction-type des principaux outils du projet PPC

Outil / système de soutien	Fonction-type
Pièce de présentation (tous les thèmes)	Soutenir visuellement le discours du délégué médical vis à vis le médecin
Fiche-synthèse (tous les thèmes)	Système d'information rapide pour le médecin concernant la problématique, l'intervention recommandée, les schémas diagnostiques et thérapeutiques proposés, les ressources disponibles et les références.
Questionnaire stade/dépendance (tabagisme)	Questionnaire auto-administré par le patient à la salle d'attente du cabinet permettant de fournir au médecin un feedback sur le tabagisme dans sa clientèle, et de recueillir l'autorisation écrite du patient pour une enquête téléphonique.
Répertoire de ressources en cessation (tabagisme)	Répertoire régional détaillé des programmes individuels et de groupe et des aides pharmacologiques à la cessation
Liste de rappel (vaccination anti-grippale)	Carnet pour inscrire de façon permanente les coordonnées des patients éligibles à la vaccination
Autocollants pour les dossiers (tabagisme, vaccination)	Autocollants apposés sur les dossiers médicaux permettant d'identifier les personnes éligibles à une intervention donnée
Tirés à part (tous les thèmes)	Articles de périodiques ou autres documents permettant au médecin d'approfondir ses connaissances sur le thème présenté

Outil / système de soutien	Fonction-type
Affiches pour la salle d'attente (allaitement, vaccination, activité physique)	Outils visant à intéresser le patient au thème, à l'informer, à l'inciter à en discuter avec son médecin et à lui faire connaître les ressources disponibles
Brochures, dépliants ou équivalents (dérouleuses *Respirman* , carte de rappel activité physique)	Outils d'information pour les patients permettant au médecin de prolonger et renforcer les messages donnés lors de la consultation et de faire connaître les ressources
Ligne info-actif Montérégie (activité physique)	Ligne ouverte d'information dispensant des messages enregistrés et permettant de consulter directement une ressource spécialisée en activité physique, prêtée grâce à la Fondation des maladies du cœur du Québec
Couverture, faire-part (allaitement)	Articles promotionnels pour les médecins et leurs patients

➢ *Ateliers en techniques de persuasion (ATP)*

Ces activités de formation interactive en petits groupes basées sur des cas cliniques visaient, au-delà de la transmission de connaissances, le développement par les médecins participants d'habiletés en communication persuasive. D'un format le plus souvent de trois heures (deux ateliers d'une heure et demie ont été donnés) et co-animés par un expert de contenu et un expert de la méthode, la formation débutait par une partie théorique de 45 minutes exposant les techniques de persuasion préconisées. Des jeux de rôle étaient ensuite proposés aux médecins, mettant en vedette un médecin « patient » dans un rôle prédéterminé et un médecin « médecin » qui devait appliquer les techniques enseignées. Les autres médecins devaient alors rapporter leurs observations et tous étaient invités à écouter immédiatement après la même entrevue sur bande vidéo, avec une incrustation infographique à l'écran démontrant les techniques utilisées. Les participants avaient l'occasion de participer successivement à deux ou trois jeux de rôle au cours de l'atelier, de les commenter et de poser des questions aux animateurs. L'atelier était assorti d'un repas et de crédits de formation continue de catégorie I attribués par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Deux ateliers ont été produits dans le cadre du projet PPC. L'ATP cessation du tabagisme était destiné aux médecins non-obstétriciens (ONO), tandis qu'un ATP mixte portant sur l'allaitement maternel comme sujet principal, le tabagisme et la grossesse comme deuxième thème et le VIH et la grossesse comme troisième problématique, a été développé pour les médecins périnatologistes (NNS).

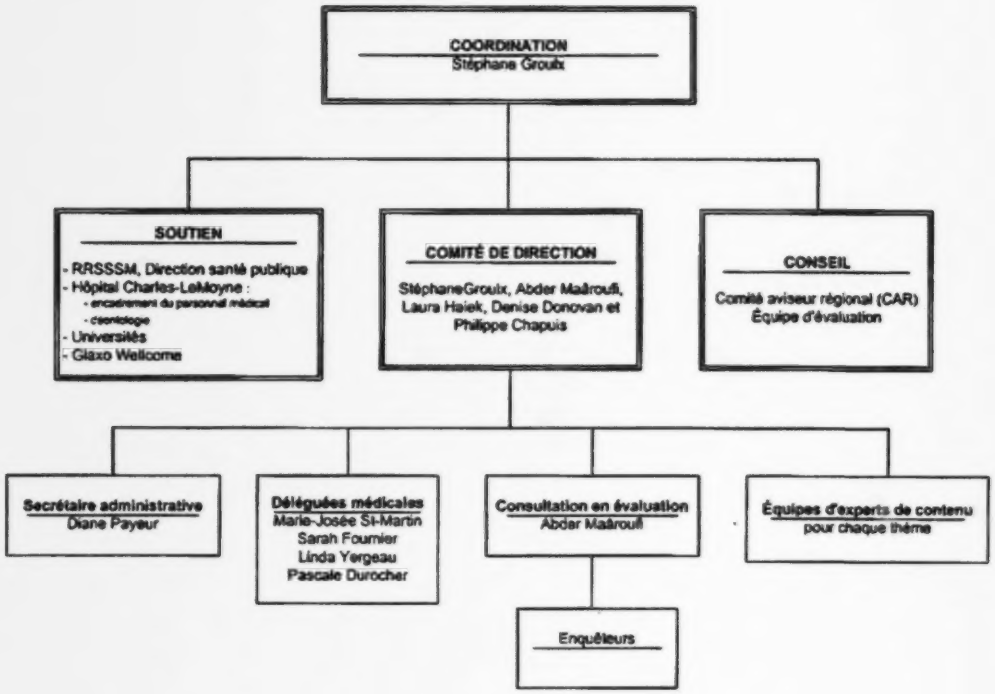
La production des simulations d'entrevue sur vidéo a été la partie la plus complexe de cette activité. Il a fallu d'abord à l'équipe du projet et aux experts de contenu construire les scénarios. Des acteurs médecins (de vrais cliniciens) et patients (comédiens professionnels)

ont été sélectionnés et recrutés. Une équipe professionnelle de tournage, de montage AVID et un infographiste ont complété le travail. Une copie des diapositives et des vidéos réalisés dans le cadre du projet se retrouve en annexe.

2.1.4 Ressources

➢ *Ressources humaines*

Organigramme du projet PPC



Comité de direction

Les promoteurs du projet ont tenu des réunions au moins mensuelles tout au long du projet. Luce Pélissier-Simard a quitté l'équipe en tout début de projet et Abder Maâroufi y a été associé précocement, de telle sorte que la préoccupation d'évaluation était présente dans la planification des interventions. Le comité a dû de façon continue faire des choix parmi les interventions préventives à proposer aux médecins : certaines ont été abandonnées (cancer de la prostate, hormonothérapie de la ménopause, hypertension artérielle) et d'autres entreprises (activité physique, suicide). Les objectifs de ces activités, définis par les équipes d'experts, ont été discutés,. de même que leur contenu et leurs modalités de réalisation. Enfin le comité a travaillé activement à planifier des modes d'évaluation pour chaque activité et à assurer la diffusion du projet.

Appuis

Le projet PPC a bénéficié dès le départ de l'appui :

- des trois associations de médecins omnipraticiens de la Montérégie (Richelieu-Saint-Laurent, Yamaska et Sud-Ouest), représentant les médecins généralistes en pratique privée. Elles sont regroupées au sein de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), une organisation déployant un important volet de formation médicale continue (congrès, publications) ;
- du Collège des médecins du Québec, qui dans sa fonction de promoteur de la qualité de l'exercice de la médecine, s'intéresse de près à la diffusion, à l'implantation et à l'évaluation des guides de pratique clinique;
- Du Collège québécois des médecins de famille (section québécoise du Collège des médecins de famille du Canada), un organisme visant l'excellence de la formation et de la pratique de la médecine familiale.

Conseillers

Un Comité Aviseur Régional (CAR), constitué de représentants des associations régionales d'omnipraticiens, des médecins d'établissements (CLSC, CH), du personnel des cliniques et de Glaxo Wellcome avait été mis sur pied dès 1997. Il devait conseiller les promoteurs au sujet des méthodes d'intervention et d'évaluation proposées. Au cours du projet, le CAR n'a tenu qu'une seule réunion le 7 juin 1999. Une consultation postale a eu lieu le 1er décembre 1999, et deux autres réunions ont dû être annulées faute de participants les 12 septembre et 16 novembre 2000. Par contre, plusieurs membres du CAR ont été un soutien précieux au projet, en organisant des ateliers et en participant à l'évaluation.

L'équipe d'évaluation externe n'a tenu qu'une seule réunion le 27 octobre 1999. Le devis d'évaluation projeté était le principal objet de cette rencontre.

Le Comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne a suivi l'évolution du projet et approuvé ses méthodes et outils d'évaluation.

L'Université de Sherbrooke (Département des sciences de la santé communautaire et Département de médecine de famille) a permis des collaborations fructueuses avec ses étudiants et professeurs au cours de ce projet.

La compagnie de produits pharmaceutiques Glaxo Wellcome (maintenant Glaxo SmithKline) a accompagné le projet PPC depuis ses tous débuts. Dans les mois qui ont précédé l'annonce de la subvention du Fonds pour l'adaptation des services de santé, le projet avait sollicité la participation de Glaxo Wellcome à une intervention conjointe concernant les trois interventions NNS. Pour cette compagnie, il s'agissait de développer une nouvelle avenue de collaboration avec la santé publique, dans la perspective de la gestion intégrée des soins de santé préconisée par son programme PRIISME. La compagnie espérait également que cette collaboration améliorerait sa capacité de rencontrer des médecins et d'établir un lien de confiance avec eux. Pour le projet PPC, qui n'est financé que sur une

base pilote et pour une durée limitée, la collaboration avec les compagnies pharmaceutiques méritait d'être expérimentée puisque celles-ci ont beaucoup d'expérience dans la représentation médicale et la formation médicale continue, et qu'elles pourraient éventuellement assurer la pérennité du projet en finançant plusieurs de ses activités. La fusion de Glaxo Wellcome avec SmithKline Beecham l'a amenée à abandonner le volet NNS, mais à poursuivre sa collaboration sur le dossier du tabagisme dans la région de St-Hyacinthe. Ce projet parallèle nous a permis de tester un modèle de représentation médicale où une déléguée de la compagnie véhicule les messages, outils et formations du projet auprès des médecins dans cette région. Les personnes impliquées dans ce dossier ont été principalement Manon Sabourin puis Sylvie Gaumond (gestion de la santé et relations professionnelles), Jean-François Gariépy, Johanne Lebel et Dominique Lalande (délégués médicaux).

Équipes de contenu

Reliées essentiellement à la santé publique, ces équipes ont participé au développement de chaque thème. Pour la promotion de l'allaitement maternel, le projet a recruté deux médecins experts (Suzanne Dionne et Céline Lafrenière) qui se sont jointes à l'équipe du Programme régional pour l'allaitement maternel (Laura Haiek et Dany Gauthier). Les autres experts consultés ont été Élisabeth Masson, Josée St-Cerny, Philippe Chapuis et Stéphane Groulx pour le tabagisme; Joanne Émond et Hélène Audet pour le VIH; Maryse Guay, Hélène Favron, Denise Palardy et Anne-Marie Clouâtre pour les vaccinations contre la grippe et le pneumocoque; Brigitte Brossard, Serge Goulet, Irène St-Martin, une équipe provinciale de Kino-Québec et la Fondation des maladies du coeur du Québec (Liliane Bertrand et Katerine Smuga) pour la promotion de l'activité physique ; Alain Vanasse, Serge Goulet et Laura Haiek pour l'hypertension artérielle; Manon Blackburn et Claude Trudel pour le dépistage du cancer de la prostate; Michel Préville, Marie Julien, Malorie Toussaint-Lachance et Lorraine Deschênes pour la prévention du suicide.

Une première rencontre de « remue-méninges » (*brain storming*) réunissait habituellement l'équipe de contenu et l'équipe du projet, permettant de définir le « quoi » de la vente et d'ébaucher le « comment ». Un questionnaire à compléter permettait de structurer l'information en fonction du modèle présenté aux figures 1 et 2. Par la suite, l'équipe du projet proposait un argumentaire de vente, des outils ou un contenu de formation visant l'atteinte des objectifs fixés. Ces productions étaient validées auprès de l'équipe de contenu avant d'être finalisées sous la forme de directives aux délégués, d'outils ou d'ateliers.

Soutien administratif et technique

L'essentiel du support administratif et technique a été fourni par la secrétaire administrative du projet PPC, Diane Payeur. Mme Payeur a assuré l'accueil et une partie des relations publiques du projet, la gestion administrative des ressources humaines et des opérations budgétaires, ainsi que le support à l'implantation des activités (visites, outils, ateliers). Elle a participé activement à la conception et au développement de présentations, d'outils pour les médecins et leurs patients, de scénarios pour les ateliers ainsi que d'outils d'évaluation. Enfin elle a coordonné, contrôlé et participé personnellement à la collecte des données

d'évaluation. La Régie régionale a fourni un encadrement administratif et budgétaire de deuxième ligne à nos activités.

Délégués médicaux

Les déléguées médicales Marie-Josée St-Martin, Sarah Fournier, Linda Yergeau et Pascale Durocher ont tenu un rôle crucial au sein du projet, étant à la fois les principales dispensatrices des interventions du projet et des collaboratrices précieuses dans la collecte des données d'évaluation.

Animateurs d'ateliers

Philippe Chapuis, Stéphane Groulx, Céline Lafrenière et Suzanne Dionne ont participé à la prestation des ateliers, à titre d'experts en communication persuasive ou en contenu scientifique. Leur rémunération était assurée en dehors de l'enveloppe attribuée par le FASS, principalement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (médecins), mais elle a été comptabilisée dans l'évaluation des coûts.

Personnel d'évaluation

Le consultant en évaluation Abder Maâroufi a eu pour tâches d'identifier les principaux détenteurs d'enjeux et d'établir la dynamique de leurs interactions ; de procéder à une analyse logique de l'intervention ; de valider à l'aide d'outils appropriés le modèle de l'intervention ; de procéder à l'analyse de la pertinence du projet PPC ; de contribuer activement au suivi, au monitoring et à l'appréciation du déroulement des activités du projet ; d'évaluer l'efficacité et l'efficience de l'intervention (approches normative et analytique) ; d'analyser l'implantation et le degré de généralisabilité du projet (approches normative et analytique) ; d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité des stratégies utilisées auprès des principales clientèles cibles ; de concevoir et valider toutes sortes d'outils nécessaires à la conduite de l'évaluation du projet ; de dégager les données probantes qui découlent du projet et de participer de façon active à leur diffusion auprès des principaux acteurs concernés.

La visite des médecins du groupe ONO témoin a nécessité d'engager Pascale Durocher, une déléguée expérimentée, pour une période de quatre mois, hors de l'enveloppe accordée par le FASS. De plus l'enquête téléphonique menée auprès des patients des médecins expérimentaux et témoins ONO a nécessité de recruter des enquêteurs.

➢ *Ressources matérielles*

La Régie régionale a prêté au projet trois postes de travail à aires ouvertes, munis d'une ligne téléphonique (interurbains inclus) et d'un accès au réseau informatique. Le projet s'est équipé de ses propres ordinateurs et imprimantes, de certains logiciels et de téléavertisseurs pour les délégués.

Les outils ont été au début produits à l'interne : graphisme effectué par l'équipe du projet et utilisation du service de reprographie de la Régie. Toutefois des besoins spécialisés, des problèmes de qualité et des délais pressants nous ont amenés à recourir par la suite à divers graphistes et imprimeurs extérieurs, possédant des logiciels et équipements plus performants.

➢ *Ressources financières*

L'enveloppe budgétaire du FASS a permis de couvrir l'essentiel des dépenses du projet. Toutefois, le projet disposait en parallèle d'un budget provincial de démarrage alloué en 1997 et géré par l'Hôpital Charles LeMoyne, qui a servi principalement à couvrir les honoraires et frais de déplacement de notre consultant en marketing, Philippe Chapuis. Nous nous sommes servis de la même source pour rémunérer notre déléguée médicale Pascale Durocher, le montant alloué pour l'évaluation par le FASS (10% du budget total) s'avérant insuffisant pour atteindre nos objectifs. Le travail de M. Chapuis est comptabilisé dans notre calcul des coûts de l'intervention.

➢ *Échéancier*

(page suivante)

Échéancier du projet PPC

	1999							2000													2001							
Mois	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05		09
Recrutement et formation du personnel																												
Préparation de la tournée des délégués		N N S				V A G			All	.	Tabac/gr. Tabac			V I H			V A G	Act Phy					PPS-MD					
Mise au point des outils et systèmes		N N S				V A G		Allait.		Tabac / gr. Tabac			VIH		VAG Act. phys.						PPS-MD							
Mise au point des ateliers		Atelier Tabagisme						Atelier Allait / Tabac-gr /VIH-gr													Atelier Prévention Suicide PPS-MD							
Visites (V) et Ateliers (A)																												
Allaitement maternel[1] V			exploratoire																									
A																												
Tabagisme et grossesse[1] V			exploratoire																									
A																												
VIH et grossesse[1] V			exploratoire																									
A																												
Vaccination anti-grippale[2] V							exploratoire																					
A																												
Tabagisme[2] V																												
A																												
Activité physique[2] V																												
A																												
Prévention du suicide[2] V																												
A																												
Évaluation																			NNS				ONO					
Rapports																												
Diffusion																												

[1] Interventions Nouveaux-Nés en Santé (NNS) menées auprès des 77 omnipraticiens de la Montérégie qui sont actifs en périnatalogie (suivi de grossesses)
[2] Interventions menées auprès d'un échantillon de 185 omnipraticiens qui ne suivent pas de grossesses : omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO)

2.2 Méthodologie d'évaluation

Dans le cadre de ce projet, l'évaluation est conçue comme l'ensemble des activités et des dispositifs permettant de porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, dans le but d'aider les différents acteurs concernés par cette intervention dans leurs décisions. Par intervention, nous entendons l'ensemble des moyens physiques, humains, financiers et symboliques organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique.

2.2.1 Modèle logique de l'intervention

L'intervention PPC, objet de cette évaluation, vise à améliorer la quantité et la qualité technique (conformité aux guides de pratique en vigueur) des services de prévention clinique offerts par les omnipraticiens à leurs patients. Pour atteindre ses objectifs, l'intervention PPC utilise deux stratégies : la vente académique et la communication persuasive. Conformément à ces stratégies, le projet PPC a implanté trois activités destinées à habiliter l'omnipraticien et à le soutenir dans la pratique d'un counselling préventif efficace. Ces activités sont la visite au bureau du médecin du délégué médical en prévention, la production et l'offre de différents outils et systèmes de bureau et l'organisation d'ateliers de formation en communication persuasive. Il est attendu que l'exposition à ces différentes activités améliore la qualité et l'efficacité de l'intervention du médecin, entraînant un changement du comportement de son patient favorable à la santé. La séquence logique des différentes actions et résultats de l'intervention PPC est représentée dans le modèle ci dessous. Ce modèle logique de l'intervention a servi de guide pour les activités de l'évaluation (figure 3).

Figure 3 : Modèle logique de l'intervention

Échéancier du projet PPC

	1999							2000														2001							
Mois	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05		09
Recrutement et formation du personnel																												
Préparation de la tournée des délégués		N N S				V A G			All	.	Tabac/gr. Tabac			V I H			V A G	Act Phy					PPS-MD					
Mise au point des outils et systèmes		N N S				V A G		Allait.		Tabac / gr. Tabac			VIH		VAG Act. phys.							PPS-MD						
Mise au point des ateliers		Atelier Tabagisme						Atelier Allait / Tabac-gr /VIH-gr													Atelier Prévention Suicide PPS-MD							
Visites (V) et Ateliers (A)																												
Allaitement maternel[1] V			exploratoire																									
A																												
Tabagisme et grossesse[1] V			exploratoire																									
A																												
VIH et grossesse[1] V			exploratoire																									
A																												
Vaccination anti-grippale[2] V							exploratoire																					
A																												
Tabagisme[2] V																												
A																												
Activité physique[2] V																												
A																												
Prévention du suicide[2] V																												
A																												
Évaluation																			NNS				ONO					
Rapports																												
Diffusion																												

[1] Interventions Nouveaux-Nés en Santé (NNS) menées auprès des 77 omnipraticiens de la Montérégie qui sont actifs en périnatalogie (suivi de grossesses)
[2] Interventions menées auprès d'un échantillon de 185 omnipraticiens qui ne suivent pas de grossesses : omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO)

2.2 Méthodologie d'évaluation

Dans le cadre de ce projet, l'évaluation est conçue comme l'ensemble des activités et des dispositifs permettant de porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, dans le but d'aider les différents acteurs concernés par cette intervention dans leurs décisions. Par intervention, nous entendons l'ensemble des moyens physiques, humains, financiers et symboliques organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique.

2.2.1 Modèle logique de l'intervention

L'intervention PPC, objet de cette évaluation, vise à améliorer la quantité et la qualité technique (conformité aux guides de pratique en vigueur) des services de prévention clinique offerts par les omnipraticiens à leurs patients. Pour atteindre ses objectifs, l'intervention PPC utilise deux stratégies : la vente académique et la communication persuasive. Conformément à ces stratégies, le projet PPC a implanté trois activités destinées à habiliter l'omnipraticien et à le soutenir dans la pratique d'un counselling préventif efficace. Ces activités sont la visite au bureau du médecin du délégué médical en prévention, la production et l'offre de différents outils et systèmes de bureau et l'organisation d'ateliers de formation en communication persuasive. Il est attendu que l'exposition à ces différentes activités améliore la qualité et l'efficacité de l'intervention du médecin, entraînant un changement du comportement de son patient favorable à la santé. La séquence logique des différentes actions et résultats de l'intervention PPC est représentée dans le modèle ci dessous. Ce modèle logique de l'intervention a servi de guide pour les activités de l'évaluation (figure 3).

Figure 3 : Modèle logique de l'intervention

2.2.2 Types d'évaluation

Suite aux discussions au sein du Comité de direction du projet et avec d'autres acteurs concernés par l'évaluation, il a été convenu de privilégier trois types d'évaluation : évaluation des effets, évaluation du processus et évaluation des coûts.

2.2.3 Méthodologie de l'évaluation des effets

➢ *Objectifs*

L'évaluation des effets du projet visait à documenter l'impact de l'intervention sur la qualité et la quantité du counselling préventif pratiqué par les omnipraticiens ayant été exposés aux activités de l'intervention PPC. Nous avons choisi de nous limiter à l'étude de l'impact sur les pratiques du médecin et non pas sur le changement du comportement du patient car d'une part, il serait difficile d'attribuer ce changement à l'intervention qu'on évalue, d'autre part les activités du projet ont pour cible directe le comportement professionnel du médecin clinicien et non pas du patient. Cependant, nous avons utilisé le patient comme source d'information pour documenter la qualité du counselling préventif.

➢ *Devis de l'étude*

Pour évaluer les effets de cette intervention, nous avons choisi d'utiliser une approche quasi expérimentale utilisant deux devis différents selon qu'il s'agit du volet NNS ou ONO.

En ce qui concerne le volet NNS, le devis utilisé est de type pré test - post test sans groupe témoin. Étant donné que l'intervention a concerné la totalité des omnipraticiens périnatologistes exerçant en Montérégie, il n'était pas possible de constituer un groupe d'omnipraticiens comparable exerçant dans la même région. De même, il était plus difficile et surtout plus coûteux pour le projet de sélectionner un groupe de comparaison provenant d'une autre région de la province. Conformément à ce devis, le prétest a consisté en la mesure, de façon rétrospective, de la performance du groupe des médecins participants en counselling préventif auprès d'un groupe de 166 femmes montérégiennes ayant accouché 6 mois avant le début de l'intervention. Quant aux mesures post test, elles ont été réalisées 6 semaines après la fin de l'intervention auprès d'un autre groupe de 168 femmes enceintes ou ayant récemment accouché, sous les soins des omnipraticiens participant au projet. Même si la structure de ce devis ne permet pas d'attribuer à l'intervention un éventuel changement dans la performance, il serait néanmoins possible de pouvoir dégager les tendances d'un tel changement.

En ce qui concerne le volet ONO, nous avons utilisé un devis de type post test avec groupe témoin. Ce devis consiste à évaluer la performance en counselling préventif des médecins exposés aux activités du projet (groupe expérimental), mesurée 8 semaines après la fin de l'intervention, et la comparer avec celle mesurée chez les médecins non exposés à l'intervention (groupe témoin).

Populations participant à l'évaluation

Les données sur la performance en counselling préventif ont été collectées auprès de deux types de populations : les médecins omnipraticiens et les patients.

Populations de médecins

Nous avons choisi d'inclure les médecins ayant accepté au moins une fois de rencontrer le délégué en prévention. En pratique, les médecins qui ont refusé de recevoir les délégués pour une ou plusieurs visites d'intervention ont également refusé la visite d'évaluation. Seuls les médecins qui ont été exposés à la totalité des visites d'intervention ont accepté de participer à la visite d'évaluation. En ce qui concerne le volet NNS un total de 57 omnipraticiens périnatologistes ont accepté de répondre au questionnaire d'évaluation dont 45 ont retourné effectivement leur questionnaire, soit un taux de réponse de 81%.

Pour ce qui est du volet ONO, initialement, la randomisation a permis de créer un groupe expérimental constitué de 185 omnipraticiens et un groupe témoin de 130 médecins. Cependant, en raison des contraintes financières (insuffisance des fonds alloués à l'évaluation) et temporelles (retard dans l'implantation de l'intervention), les enquêteurs du volet ONO n'ont pu visiter que 36 médecins du groupe expérimental et 31 médecins du groupe témoin.

Populations de patients

La seconde source d'information sur le counselling préventif est constituée par les patients des médecins participant à l'évaluation. Pour le volet NNS de l'intervention, nous avons choisi d'inclure dans l'étude les femmes enceintes ou ayant récemment accouché sous les soins des omnipraticiens participants. Il n'y avait aucune restriction liée à l'âge ou aux habitudes de vie. Ainsi, au cours du pré test, nous avons recruté 166 femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire téléphonique, et 168 pour le post test.

En ce qui concerne le volet ONO, ont été inclus dans l'étude les patients qui avaient consulté les médecins participants à l'évaluation. Là non plus, il n'y avait aucune exclusion reliée à l'âge ou à la condition morbide objet de la consultation. Au moins cinq patients par médecin ont été recrutés par les enquêteurs dans les salles d'attente des cliniques expérimentales et témoins incluses dans le volet d'évaluation . Au total, 151 patients du groupe témoin et 150 du groupe expérimental ont accepté de répondre à notre questionnaire téléphonique.

➢ *Variables à l'étude et leur mesure*

Variables dépendantes

Les variables dépendantes considérées dans cette évaluation des effets sont :

- La qualité technique du counselling préventif en rapport avec la promotion de l'allaitement maternel, la cessation du tabagisme au cours de la grossesse et dans la

population générale, le counselling entourant le test du dépistage du VIH au cours de la grossesse, la promotion de la vaccination antigrippale et la promotion de l'activité physique. On entend par qualité, la conformité du counselling du médecin aux guides de pratique clinique proposés lors de la visite du délégué ou dans les outils offerts et l'adhésion du médecin aux techniques de communication persuasive enseignées lors des formations. Ce concept de la qualité technique du counselling est opérationnalisée en plusieurs indicateurs: l'identification par le médecin du stade de changement de comportement de son patient à l'aide du modèle transthéorique de Prochaska,[24-26] la mise en évidence des impacts négatifs rationnels et émotionnels de comportements néfastes (ex :tabagisme) ou des avantages rationnels et des bénéfices émotionnels de comportements bénéfiques (ex :allaitement maternel), la référence aux ressources communautaires et enfin l'offre d'un suivi. Pour l'enquête auprès des médecins, chaque indicateur est mesuré à l'aide d'une échelle de Liekert de 1 à 4 (1=jamais, 2=parfois, 3=souvent, 4=toujours), permettant ainsi d'agréger ces indicateurs en **scores totaux** par médecin et par thème. Dans le questionnaire destiné aux patients, les indicateurs sont mesurés selon une échelle dichotomique (1=oui, 0=non). Pour plus de détails sur les indicateurs et leurs échelles de mesure, consulter les questionnaires présentées en annexe.

- La fréquence du counselling préventif. Cette variable renseigne sur la persévérance du médecin dans le counselling préventif face à un patient et sa capacité à multiplier les occasions d'offre d'un counselling adéquat à chaque visite. Il est attendu que l'intervention PPC sensibilise le médecin à augmenter la fréquence du counselling préventif avec ses patients.
- La durée du counselling. Il s'agit d'une variable mesurée selon cinq catégories : moins d'une minute, entre une et cinq minutes, entre six et dix minutes et plus de 10 minutes.

Les variables concernant la qualité, la fréquence et la durée du counselling ont été mesurées en utilisant comme sources d'information le médecin et ses patients.

Variables indépendantes mesurées chez le médecin

Les variables indépendantes sont représentées par :

- L'attitude du médecin à l'égard de la prévention clinique
- La satisfaction à l'égard des activités du projet
- L'utilité perçue des activités du projet
- Les barrières/aidants à l'intégration de la prévention clinique, perçues par le médecin
- Les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles : âge, sexe, volume de la clientèle, expérience dans l'exercice de la médecine familiale, profil de pratique (clinique sans rendez-vous, avec rendez-vous, aux urgences, etc.), profil démographique de la clientèle.

Variables indépendantes mesurées chez le patient

- Âge, genre, niveau de scolarité, statut d'emploi ;

- Statut concernant le tabagisme, l'activité physique, l'allaitement maternel, la vaccination contre la grippe et le pneumocoque ;
- Satisfaction à l'égard de la qualité des soins préventifs reçus.

➢ *Processus de collecte des données*

La collecte des données sur les variables à l'étude a été faite à l'aide d'un questionnaire autoadministré pour médecins et d'un autre questionnaire pour patients administré par téléphone.

L'enquête auprès des médecins a été conduite par les délégués médicaux. Durant la visite d'évaluation, le délégué présentait au médecin les buts de l'évaluation et lui remettait le questionnaire accompagné d'une enveloppe pré affranchie au nom du consultant en évaluation. Le médecin remplissait le questionnaire et le retournait par voie postale. Dans certains cas, le délégué s'est chargé de récupérer lui-même le questionnaire rempli, et dans d'autres, il a été acheminé par télécopie.

L'enquête auprès des patients a été menée par des enquêteurs recrutés spécifiquement pour cette tâche. Les enquêteurs ont reçu préalablement une formation de courte durée visant à les sensibiliser aux enjeux de l'enquête et aux conditions d'administration du questionnaire.

Prétest des questionnaires

Avant qu'ils soient utilisées pour l'enquête, nous avons procédé à un prétest des questionnaires médecin et patient. L'objectif de ce prétest était de vérifier la validité apparente (*face validity*) et la validité de contenu. Les résultats de ce prétest ont permis d'apporter des ajustements à la formulation des questions.

➢ *Méthodes d'analyse des données*

Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel SPSS (Windows, version 7.5) par le technicien de recherche de la Direction de la santé publique en concertation avec le consultant en évaluation. Le traitement des données a consisté en l'élaboration de différentes statistiques selon le plan d'analyse présenté en annexe.

2.2.4 Méthodologie de l'évaluation du processus

➢ *Objectifs*

L'évaluation du processus de l'intervention PPC vise à décrire le degré de mise en œuvre des différentes activités du projet et à documenter les barrières et les facteurs ayant favorisé l'implantation de l'intervention. Plus spécifiquement, l'évaluation du processus vise à :

- Mesurer le niveau de pénétration des différentes activités (visites, ateliers, outils)
- Évaluer les caractéristiques des visites (durée d'attente, durée de rencontre avec le médecin)
- Évaluer la qualité de la visite du délégué en prévention

- Évaluer la satisfaction à l'égard des ateliers
- Évaluer l'utilité des outils et systèmes de bureau implantés
- Décrire les principaux obstacles et aidants rencontrés

➢ *Approche méthodologique*

Contrairement à l'évaluation des effets, dans l'évaluation du processus nous avons adopté une approche méthodologique mixte : quantitative et qualitative. Nous nous sommes servis des méthodes quantitatives pour documenter les dimensions quantitatives du processus (taux de pénétration des activités, caractéristiques des activités, etc). Nous avons eu recours aux techniques qualitatives (entrevues , examen du journal de bord du délégué, etc) pour documenter les aspects qualitatifs du processus (satisfaction, qualité des visites, perception des barrières, etc.).

➢ *Méthodes de collecte des données*

Journal de bord du délégué

Le journal de bord du délégué constitue un outil précieux de collecte des données sur le déroulement de la visite. Il s'agit d'une base de données informatique que le délégué remplit après chaque visite de représentation médicale. On y trouve les variables suivantes :

- Renseignements généraux : adresse civique de la clinique, numéro de téléphone, télécopieur;
- Caractéristiques du médecin rencontré : genre, année de graduation MD, statut dans la clinique, type de clientèle, intérêt pour le thème de prévention, objet de la visite, stade de Prochaska (en rapport avec le thème), selon l'estimation subjective du délégué;
- Caractéristiques de la visite : kilométrage parcouru, nombre de tentatives avant d'accéder au bureau du médecin, mode d'accès (avec ou sans rendez-vous), durée d'attente, durée de la rencontre;
- Observations du délégué.

Visites d'accompagnement

Afin d'apprécier la qualité des visites et leur conformité aux techniques de vente académique préconisées, le Comité de direction avait décidé d'organiser des visites d'accompagnement avec chaque délégué. Deux médecins du comité se sont portés volontaires pour réaliser cette tâche. Durant la rencontre avec le médecin, l'accompagnateur jouait un rôle d'observateur non participant de l'interaction entre le délégué et le médecin. L'observation était guidée par une grille consignée en annexe.

Évaluation des ateliers

Une fiche d'évaluation, inspirée de celle utilisée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec lors des activités de formation médicale continue, était remplie par les participants à la fin de chaque atelier.

Entrevues avec des médecins informateurs clés

Afin d'obtenir des informations sur la satisfaction et l'opinion des médecins participants, nous avons mené des entrevues semi-structurées avec un échantillon représentatif de 9 médecins ayant été exposés aux activités du projet. Les questions de l'entrevue portaient sur les thèmes suivants:

- Opinion des médecins sur la pertinence du projet
- Appréciation et satisfaction à l'égard des trois activités du projet (visite, ateliers, outils)
- Attitude à l'égard de la prévention clinique et des barrières à son implantation
- Pertinence et acceptabilité des techniques de vente et de marketing dans la pratique médicale
- Impact du projet sur leur propre pratique
- Relation entre la Direction de santé publique et le milieu clinique de première ligne

Entrevues avec les délégués

Les entrevues avec les délégués visaient à fournir de l'information sur les barrières et les facteurs facilitant l'implantation des activités, les défis que soulèvent l'exercice du métier du délégué en prévention, le vécu du délégué durant l'exercice du métier et le climat de travail au sein de l'équipe du projet. Les entrevues ont été menées par le consultant en évaluation. Les questions étaient préparées à l'avance, mais l'interviewer s'est réservé la possibilité d'ajouter des questions en cours d'entrevue , de façon à obtenir une information plus approfondie sur certains points.

2.2.5 Méthodologie de l'évaluation des coûts

Cette évaluation s'est limitée à l'analyse de coûts de production et de mise en œuvre des différentes activités du projet. Plus spécifiquement, nous avons estimé le coût moyen de la visite par médecin rencontré par thème, le coût moyen d'un atelier de formation par médecin participant ainsi que le coût moyen des outils par médecin rencontré par thème.

Pour l'estimation des coûts nous avons choisi d'adopter la perspective du système de soins. L'opération consistait à comptabiliser les coûts directs investis dans la conception, la production et l'implantation des:

- Visites du délégué : coûts de recrutement, de formation et d'équipement du délégué, ainsi que coûts d'opération sur la route.
- Outils et systèmes de bureau : conception des contenus, infographie, reprographie
- Ateliers de formation : coûts de conception des scénarios, distribution, tournage et montage des séquences vidéo ainsi que coûts de prestation d'un atelier.

2.2.6 Considérations éthiques

Tout au long du projet, les règles et précautions entourant le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données étaient rigoureusement observées. Nous nous sommes assurés que les données d'identification personnelle soient codées le plutôt possible, que le nombre de personnes affectées à cette tâche soit réduit au minimum, que l'équipe sous la responsabilité du consultant en évaluation soit la seule à avoir accès à ces données et que les données d'identification soient protégées contre l'interception ou la diffusion accidentelle. Pour qu'ils puissent décider , en toute connaissance de cause, s'ils veulent participer ou non au projet, les médecins et les patients ont reçu suffisamment d'information sur le projet et sur leur participation. Aucune pression, contrainte, ou influence n'a été exercée sur eux. Le consentement des patients, en l'occurrence, a été clairement exprimé et consigné par écrit sur un formulaire de consentement comportant tous les renseignements requis.

Les questionnaires et outils d'évaluation ont fait préalablement l'objet d'un examen par le Comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne, qui les a approuvés dans leur totalité.

3 RÉSULTATS ET IMPACT DU PROJET

3.1 Résultats

3.1.1 Évaluation des effets

➢ *Volet NNS*

Résultats du questionnaire patient NNS

Comme l'indique le tableau 3, les patientes du post test étaient significativement plus jeunes que celles du pré test ($p<0.05$). Elles étaient généralement en cours de grossesse et plus fréquemment au travail, contrairement aux patientes du pré test, questionnées six mois après l'accouchement et souvent en congé de maternité au moment de l'entrevue.

Tableau 3 : Caractéristiques des patientes NNS répondantes

Caractéristique	Pré test (n=166)	Post test (n=168)	p
Âge			
• Moins de 20 ans	3 (2%)	5 (3%)	
• Entre 20 et 29 ans	93 (56%)	116 (69%)	**<0.05**
• Entre 30 et 40 ans	68 (41%)	46 (27%)	
• Plus de 40 ans	2 (1%)	1 (1%)	
Niveau de scolarité			
– moins que secondaire	22 (13%)	23 (14%)	NS
– secondaire et plus	144 (87%)	145 (86%)	
Statut emploi			
– oui	70 (42%)	112 (73%)	**<0.05**
– non	96(58%)	45 (27%)	

Au tableau 4, les patientes du post test disent avoir reçu un counselling préventif plus complet et pour une durée plus longue que les patientes du pré test pour les trois thèmes abordés, cette tendance étant significative pour le VIH ($p<0.05$).

Tableau 4: Comparaisons pré - post selon la perspective des patientes NNS

Variable de comparaison	Tabac			VIH			Allaitement		
	Pré test (n=36)	Post test (n=67)	p	Pré test (n=166)	Post test (n=168)	p	Pré test (n=166)	Post test (n=168)	p
Score du counselling	3	3.4	0.3	2.2	2.8	0.02*	4.3	4.7	0.10
Durée du counselling									
• une minute ou moins	28%	23%	0.5	55%	38%	0.01*	22%	18%	0.3
• entre 1 et 5 mn	50%	56%	0.5	39%	48%	0.2	54%	53%	0.7
• entre 5 et 10 mn	3%	18%	0.5	6%	13%	0.06	16%	23%	0.2
• plus de 10 mn	9%	3%	0.2	0%	1%	0.15	8%	6%	0.7
Fréquence du counselling									
• une seule fois	41%	34%	0.51	94%	89%	0.23	46%	38%	0.1
• plusieurs fois	59%	66%		6%	11%.		54%	62%	
Taux d'allaitement							82%	84%	0.7

*p<0.05

Résultats du questionnaire médecin NNS

Le tableau 5 montre que les médecins du groupe NNS sont relativement jeunes (65% ont 10 ans ou moins d'expérience), en majorité des femmes (67%) et que près de la moitié (49%) ont été catégorisés par les délégués dans des stades avancés du modèle de Prochaska (préparation, action ou maintien) en ce qui concerne l'adoption des guides de pratique proposés.

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins NNS répondants (N=46)

Caractéristique	Pourcentage
Groupes d'âge	
• moins de 35 ans	12 (26%)
• entre 35 et 49 ans	25 (54 %)
• entre 50 et 64 ans	9 (20%)
Genre	
• Femme	31 (67 %)
• Homme	15 (33%)
Expérience	
• 10 ans et moins	30 (65%)
• plus de 10 ans	16 (35%)
Volume de la Clientèle (demi-journée)	
• entre 1 et 9	5 (11%)
• entre 10 et 15	38 (83%)
• entre 16 et 20	3 (6%)
Stade de Prochaska	
• précontemplation	14 (31%)
• contemplation	9 (20%)
• préparation	9 (20%)
• action	9 (20%)
• maintien	4 (9)

Les tableaux 6, 7 et 8 (en annexe) démontrent une satisfaction des médecins de 76 à 95 %, une perception d'utilité de 63 à 84 % et une perception d'impact positif sur leur pratique de 53 % concernant les diverses activités du projet. Au tableau 9 (en annexe) la perception d'impact positif est corrélée significativement ($p<0.05$) avec la satisfaction des médecins et la perception du projet comme étant utile.

➢ *Volet ONO*

Résultats du questionnaire patient ONO

Au tableau 10, aucune différence significative n'est relevée entre les groupes expérimental et témoin concernant l'âge des patients répondants, leur genre, leur niveau de scolarité, leur statut d'emploi ni leur statut concernant le tabagisme, la vaccination anti-grippale ou l'activité physique.

Tableau 10: Caractéristiques des patients répondants ONO

Caractéristique	Expérimental (n=153)	Témoin (n=139)	p
Âge moyen	48.50	47.96	NS
Genre – femme – homme	 95 (62%) 58 (38%)	 99 (71%) 40 (29%)	NS
Niveau de scolarité – moins que secondaire – secondaire et plus	 54 (35%) 99 (65%)	 35 (25%) 104 (75%)	NS
Statut emploi – oui – non	 86 (56%) 67(44%)	 60 (43%) 79 (57%)	NS
Statut tabagique – fumeur – Non-fumeur	 57 (37%) 96 (62%)	 38 (27%) 101 (73%)	NS
Statut activité physique – suffisamment actif – pas suffisamment actif	 117 (77%) 36 (24%)	 99 (71%) 40 (29%)	NS
Statut VAG (pour l'année en cours) – vaccinés – non vaccinés	 20 (50%) 20 (50%)	 19 (66%) 10 (35%)	NS

Le tableau 11 compare la performance des médecins ONO expérimentaux et témoins en counselling, selon le point de vue des patients. Les scores de qualité et la durée du counselling sont plus élevés dans le groupe expérimental pour la cessation du tabagisme ($p<0.05$) et la vaccination antigrippale, mais pas pour la promotion de l'activité physique.

Tableau 11: Comparaison des scores de performance des médecins ONO en counselling préventif selon le point de vue des patients

Thème	Domaine de comparaison	Expérimental (n= 57)	Témoin (n= 38)	p
Tabac	Score moyen du counselling	3.95	2.55	**<0.05**
	Fréquence du counselling • une visite • plusieurs visites	11 (27%) 30 (73%)	7 (37%) 12 (63%)	NS
	Durée du counselling • 5 mn ou moins • plus que 5 mn	24 (59%) 17 (42%)	16 (84%) 3 (16%)	**<0.05**
Vaccination grippe/ pneumocoque	Score moyen en counselling	2.8	1.75	NS
	Fréquence du counselling • 5 mn et moins • plus que 5 mn	14 (70%) 6 (30%)	10 (91%) 1 (9%)	NS
Activité physique	Score moyen du counselling	1.58	1.78	NS
	Fréquence du counselling • une visite • plusieurs visites	1(6%) 16 (94%)	6 (33%) 12 (67%)	**<0.05**
	Durée du counselling • 5 mn et moins • plus que 5 mn	14 (78%) 4 (22%)	13 (68%) 6 (32%)	NS

Au tableau 12, on constate que les tendances décrites se maintiennent si on agrège les données par niveau hiérarchique "médecin" ou "clinique". Pour obtenir ces résultats, les scores totaux des patients d'un médecin donné ou d'une clinique donnée ont été regroupés en un score moyen par médecin ou par clinique. Cette constance des tendances selon les niveaux d'analyse peut être reliée au fait que les médecins restent constants dans leur counselling d'un patient à l'autre et que les médecins d'une même clinique ont souvent des profils de pratique préventive comparables.

Tableau 12 : Comparaison des scores de performance ONO selon les niveaux d'analyse hiérarchiques

Niveau d'agrégation	Patient		Médecin		Clinique	
	Expér.	Témoin	Expér.	Témoin	Expér.	Témoin
Score Tabac	3. 95*	2.55*	3.82	2.76	4	2.52
Score vaccination grippe / pneumocoque	2.8	1.75	2.92	1.90	2.72	1.89
Score activité physique	1.58	1.78	1.53	1,88	1.29	1.70

* $p < 0.05$

Résultats du questionnaire médecin ONO

Le tableau 13 compare les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins ONO qui ont répondu au questionnaire. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sauf dans leur clientèle, qui comporterait plus de patients âgés dans le groupe témoin.

Tableau 13 : Caractéristiques des médecins ONO répondants (n = 61)

Caractéristiques	Expérimental (n=32)	Témoin (n=29)	p
Groupes d'âge			
• moins de 35 ans	3 (9%)	2 (7%)	NS
• entre 35 et 49 ans	19 (59%)	16 (55%)	
• entre 50 et 64 ans	9 (28%)	11 (38%)	
• 65 ans et plus	1 (3%)	0	
Genre			
• femme	17 (53%)	14 (48%)	NS
• homme	15 (47%)	15 (52%)	
Expérience			
• moins de 10 ans	6 (19%)	5 (17%)	NS
• 10 ans et plus	25 (81%)	24 (83%)	
Profil de la clientèle			
• enfants (moins de 18 ans)	22 (%)	19 (%)	NS
• adulte	51 (%)	47 (%)	NS
• personnes âgées (65 ans et plus)	27 (%)	34 (%)	**<0.05**
Consultations (en moyenne)			
• clinique avec RDV (%)	49	54	NS
• clinique sans RDV (%)	32	24	NS
• salle des urgences (%)	6	4	NS
• hôpital (%)	3	10	NS
• CLSC (%)	8	6	NS
• ailleurs (%)	2	2	NS
Volume de clientèle (demi-journée)			
• entre 1 et 9	0	3 (10%)	
• entre 10 et 15	17 (59%)	16 (55%)	NS
• entre 16 et 20	11 (38%)	10 (35%)	
• entre 21 et 25	1 (3%)	0	

Au tableau 14, contrairement à leurs patients, les médecins du groupe expérimental ne perçoivent aucune augmentation significative de la qualité (score), fréquence ou durée du counselling suite aux activités du projet.

Tableau 14: Comparaison des scores de performance des médecins ONO en counselling préventif selon la perspective du médecin

Thème	Domaine de comparaison	Expérimental (n = 32)	Témoin (n =29)	p
Tabac	Score moyen en counselling	30.61 (11 - 44)	30.32 (11 - 44)	NS
	Fréquence du counselling • toujours ou souvent • rarement ou jamais	27 (90%) 3 (10%)	28 (100%) 0	NS
	Durée du counselling • 5 mn ou moins • plus que 5 mn	21 (72%) 8 (28%)	20 (74%) 7 (26%)	NS

Thème	Domaine de comparaison	Expérimental	Témoin	p
Vaccination grippe/pneumocoque	Score moyen en counselling	19.10 (6 - 24)	19.31 (6 - 24)	NS
	Durée du counselling • 5 mn et moins • plus que 5 mn	26 (90%) 3 (10%)	28 (97%) 1 (3%)	NS

Thème	Domaine de comparaison	Expérimental	Témoin	p
Activité physique	Score moyen en counselling	24 (10 - 40)	23.51 (10 - 40)	NS
	Fréquence du counselling • toujours ou souvent • rarement ou jamais	27 (90%) 3 (10%)	28 (100%) 0	NS
	Durée du counselling • 5 mn et moins • plus que 5 mn	23 (82%) 5 (18%)	26 (90%) 3 (10%)	NS

Les tableaux 15 et 16 (en annexe) montrent que 80 à 90 % des médecins répondants du groupe ONO sont satisfaits des diverses activités du projet et que 67 à 88 % les trouvent utiles ou très utiles.

3.1.2 Évaluation du processus

➢ *Visites*

Tableau 17 : Caractéristiques des visites

Caractéristique	Allaitement (n=73)	Tabac/gr (n=73)	VIH (n=71)	Tabac (n=181)	Vac. Grippe (n=184)	Act. Phys. (n=172)
Accès						
• médecin rencontré	67 (92%)	61 (84%)	59 (83%)	146 (81%)	135 (73%)	113 (66%)
• refus du médecin	6 (8%)	12 (16%)	12 (17%)	19 (10%)	12 (7%)	25 (15%)
• accès très difficile	0	0	0	16 (9%)	37 (20%)	34 (19%)
Type d'accès						
• avec rendez-vous	40 (60%)	35 (57%)	23 (39%)	66 (45%)	34 (25%)	43 (38%)
• sans rendez-vous	27 (40%)	26 (43%)	36 (61%)	80 (55%)	101 (75%)	70 (62%)
Durée médiane* d'attente (mn)	10 (0-30)	15 (0-120)	20 (0-90)	20 (0-120)	10 (0-160)	15 (0-120)
Durée moyenne de rencontre (mn)	24 (10- 40)	15 (5- 60)	5 (1- 20)	17 (2- 90)	7 (1- 40)	10 (3- 40)
Durée de l'intervention	5 mois	5 mois	3 mois	6 mois	2 mois	2 mois

* Nous avons choisi la médiane plutôt que la moyenne pour minimiser l'impact des valeurs extrêmes

Au tableau 18, la majorité des médecins rencontrés dans le groupe NNS étaient des femmes et avaient plus de 10 ans de pratique, tandis que dans le groupe ONO, la majorité étaient des hommes et avaient moins de 10 ans de pratique. Les répondants au questionnaire NNS étaient donc plus jeunes que la moyenne des médecins NNS visités. L'estimation par les déléguées du stade de Prochaska des médecins par rapport aux thèmes présentés suggère que la majorité des médecins du groupe NNS sont à des stades avancés (préparation, action, maintien) dans leur pratique du counselling préventif, alors que la majorité des médecins ONO sont à des stades précoces (pré-contemplation, contemplation).

Tableau 18 : Caractéristiques des médecins rencontrés

Caractéristique	Allaitement (n=67)	Tabac/gr (n=61)	VIH (n=59)	Tabac (n=146)	Vac. grippe (n = 135)	Act. Phys. (n= 113)
Genre						
• femme	40 (59%)	42 (58%)	34 (58%)	59 (40%)	53 (39%)	47 (42%)
• homme	27 (41%)	19 (43%)	30(42%)	87 (60%)	82 (61%)	66 (58%)
Expérience						
• moins de 10 ans	21 (32%)	20 (32%)	23(32%)	91 (62%)	87 (64%)	70 (62%)
• 10 ans et plus	46 (68%)	41 (68%)	48(68%)	55 (38%)	48 (36%)	43 (38%)
Stade de Prochaska						
• précontemplation	9 (14%)	8 (13%)	12(20%)	40 (28%)	24 (18%)	28 (25%)
• contemplation	10 (15%)	10 (16%)	15(25%)	59 (42%)	26 (19%)	33 (29%)
• préparation	22 (33%)	20 (33%)	12(20%)	23 (16%)	40 (30%)	23 (20%)
• action	23 (34%)	21 (35%)	11(19%)	20 (14%)	40 (30%)	21 (19%)
• maintien	3 (6%)	2 (3%)	7(16%)	0	5 (4%)	6 (5%)
• terminaison	0	0	0	0	0	2 (2%)

Observation non-participante du travail des délégués

L'intervention des déléguées médicales au cabinet des médecins omnipraticiens de la Montérégie ciblés par le projet PPC a débuté en juin 1999 (volet NNS) et avril 2000 (volet ONO). Elle s'est achevée en novembre 2000 (volet NNS) et en janvier 2001 (volet ONO).

Une supervision active par un « chef de produit » durant toute cette période était planifiée, mais n'a pu être réalisée, faute de disponibilité. En novembre 2000, alors que les visites ONO s'achevaient, il a été résolu par le comité de direction du projet de réaliser un certain nombre de visites d'accompagnement (dites « en tandem ») des déléguées, pour vérifier si le processus de la visite était bien conforme au modèle de vente des produits de prévention mis de l'avant par le projet.

Les observateurs ont utilisé la méthode d'observation directe non-participante au cours de 11 visites d'accompagnement effectuées entre le 2 novembre et le 20 décembre 2000, 8 avec une première déléguée et 3 avec une deuxième. Les médecins faisaient tous partie du groupe expérimental ONO, répartis dans 6 cliniques. Neuf des visites portaient sur la promotion de l'activité physique, une sur la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et la 11ème sur l'organisation d'un atelier en cessation du tabagisme. Une grille d'observation servait à établir un pointage pour chacun des 12 critères de qualité de la visite choisis et à inscrire des remarques appropriées. Dix de ces grilles ont été remplies complètement, une partiellement. Le tableau 19 compile les résultats de ces observations.

Tableau 19: Atteinte des critères de qualité lors de la visite du délégué, selon les observateurs directs

Critère	Atteinte (%)
Relation amicale avec le personnel	100
Se présente, remercie, expose le but	91
Explore les attitudes (stade) du médecin	73
Explore les besoins rationnels/émotionnels	36
Effectue des sondages ouverts / fermés	36
Valide l'information reçue	9
Présente les avantages du guide proposé	100
Vainc le scepticisme / surmonte l'indifférence	9
Conclusion (*closing*) au moment approprié	10
Mène la discussion et gère les silences	80
Écoute active	80
Attentif au comportement non-verbal	80

➢ *Ateliers*

Selon le tableau 20 , 33% des médecins NNS visités et 21% des médecins ONO se sont déplacés pour assister à un atelier, pour une moyenne de 24% de participation aux formations pour l'ensemble du projet.

Tableau 20 : Taux de participation aux ateliers

Participation	Atelier NNS	Atelier ONO	Total
OUI	20 (33%)	30 (21%)	50 (24%)
NON	41 (67%)	116 (79%)	157 (76%)
Total*	61 (100%)	146 (100%)	207 (100%)

* Total des médecins sollicités pour participer

Le tableau 21 suggère que le genre et l'expérience des médecins n'a pas influencé de façon marquée la participation aux ateliers. Par contre les stades de Prochaska identifiés par les déléguées étaient nettement plus avancés chez les participants que les non participants.

Tableau 21 : Caractéristiques des participants aux ateliers parmi les répondants au questionnaire

	Atelier NNS		Atelier ONO	
Caractéristiques	**Participants (n=20)**	**Non-participants (n=25)**	**Participants (n=30)**	**Non-participants (n=116)**
Genre				
• Femme	15 (75%)	16 (64%)	13 (43%)	46 (40%)
• Homme	5 (25%)	9 (36%)	17 (57%)	70 (60%)
Expérience				
• 10 ans et moins	14 (67%)	16 (64%)	4 (13%)	14 (12%)
• plus de 10 ans	7 (33%)	9 (36%)	26 (87%)	102 (88%)
Stades de Prochaska				
• précontemplation	3 (14%)	11 (44%)	1 (3%)	39 (35%)
• contemplation	3 (14%)	6 (24%)	3 (10%)	56 (50 %)
• préparation	7 (33%)	2 (8%)	10 (33%)	13 (12%)
• action	7 (33%)	2 (8%)	16 (54%)	4 (3%)
• maintien	1 (6%)	4 (16%)	0	0

Les tableaux 22 et 23 (en annexe) dressent un bilan détaillé des 12 ateliers tenus au cours du projet et de leur évaluation par les participants. L'évaluation montre un niveau de satisfaction élevé, particulièrement pour l'atelier ONO (cessation du tabagisme). La totalité des participants aux ateliers ont jugé qu'ils auraient un effet bon à excellent sur leur pratique.

➢ *Outils et systèmes de bureau*

La majorité des médecins ont accepté en bloc les outils offerts pour chaque thème proposé. Certains outils se sont révélés plus populaires que prévu, et ont fait l'objet de demandes supplémentaires. C'est le cas de la brochure pour les patientes et des faire-part pour l'allaitement maternel, du paquet de cigarettes Respirman et du tableau des réactions au sevrage pour le tabagisme, des autocollants pour la vaccination contre la grippe et le pneumocoque et du tableau des activités pour la promotion de l'activité physique.

Par contre, la ligne ouverte Info-actif Montérégie s'est révélée un échec, seulement 8 patients des médecins expérimentaux ayant contacté la ressource spécialisée.

3.1.3 Évaluation des coûts

Les tableaux 24, 25 et 26 estiment les coûts de production des diverses activités du projet.

Tableau 24 : Coûts de la visite du délégué

Coûts de la visite du délégué médical en prévention ($)	
A) Coûts de préparation, par délégué :	
• Recrutement (annonce, tri des CV, entrevues)	4 204,00
• Formation (une semaine de cours, examens RAFPP)	5 082,00
• Équipement (ordinateur portable, téléavertisseur)	3 841,00
Total par délégué:	13 127,00
B) Coûts d'exécution, par visite :	
• Temps sur la route	22,72
• Temps d'attente et de rencontre	11,20
• Temps morts et saisie de données	14,40
• Frais de déplacement	37,74
Total par visite :	86.06
C) Coût moyen pour rencontrer un médecin pour un thème donné au cours du projet (2 délégués, 581 visites)	131,25

Tableau 25 : Coûts des ateliers

Coûts des ateliers en techniques de persuasion (ATP)	NNS	ONO
A) Coûts de préparation:		
• Conception (temps des experts)	19 530,00*	4 670,00
• Production vidéo	15 373,00	11 927,00
Total pour créer l'ATP:	34 903,00	16 597,00
B) Coûts d'exécution :		
• Coût moyen de prestation d'un atelier (location de salle, repas, honoraires des animateurs, temps déléguée)	663,48	570,48

* Les coûts plus élevés de conception pour l'atelier NNS s'expliquent par le grand nombre d'intervenants qui y ont participé, particulièrement pour le thème de l'allaitement maternel.

Tableau 26 : Coûts des outils

Coûts des outils et systèmes de bureau	NNS	ONO
A) Coûts de conception, par thème (temps des experts)		
• Allaitement	4 822,00*	
• Tabac / grossesse	1 868,00	
• VIH / grossesse	1 302,00	
• Tabac population générale		1 868,00
• Vaccination grippe / pneumocoque		1 736,00
• Activité physique		2 218,00
Coût moyen, par thème :	2 664,00	1 940,66
B) Coûts de production, par thème (graphisme, reprographie, autres)		
• Allaitement	8 744,41*	
• Tabac / grossesse	1 784,60	
• VIH / grossesse	1 231,90	
• Tabac population générale		5 355,73
• Vaccination grippe / pneumocoque		5 460,95
• Activité physique		4 852,79
Coût moyen, par thème:	3 920,30	5 223,16

Coûts des outils et systèmes de bureau		NNS	ONO
C) Coût par thème, par médecin rencontré :			
(Coûts conception + production) /N médecins rencontrés			
• Allaitement	N = 68	199,50	
• Tabac / grossesse	N = 62	58,91	
• VIH / grossesse	N = 59	42,95	
• Tabac population générale	N = 146		49,48
• Vaccination grippe / pneumocoque	N = 135		53,31
• Activité physique	N = 113		62,57

* Le coût plus élevé des outils en allaitement s'explique par le grand nombre d'intervenants ayant participé à leur conception et à la variété des outils produits

4 DISCUSSION

4.1 Atteinte des objectifs

4.1.1 Ouverture d'un canal de communication entre les omnipraticiens et la santé publique

Le projet PPC a démontré qu'il était possible d'entrer en contact avec la grande majorité des omnipraticiens en pratique privée pour leur proposer des guides de pratique clinique élaborés par la santé publique. Le succès des visites pour rejoindre les groupes ciblés, la forte participation aux ateliers et les liens de collaboration étroits établis avec les associations médicales et divers leaders d'opinion locaux témoignent de l'efficacité de l'approche marketing pour atteindre cet objectif.

4.1.2 Expérimentation de nouvelles stratégies novatrices

Visites

La pénétration des visites a atteint notre objectif initial de 75% et les a même dépassés dans le cas du groupe NNS. De plus, la difficulté d'accès aux médecins exerçant dans trois cliniques « forteresses », qui avaient des politiques restrictives à l'égard de la représentation médicale, explique la moitié des échecs de visite dans le groupe ONO.

La durée prolongée de la rencontre avec le médecin, le nombre élevé de visite sur une période de un an (jusqu'à 5) et la priorité accordée aux délégués de la santé publique par rapport à ceux de l'industrie pharmaceutique, témoignent de l'intérêt des médecins pour la prévention. La durée de la rencontre semble proportionnelle à l'intérêt du médecin mais aussi à la diversité des outils offerts pour le thème.

Toutefois, l'apprentissage de la route par des délégués peu expérimentés, la méconnaissance des particularités des clients, la grandeur du territoire montérégien, l'absence du coaching prévu initialement et des problèmes de coordination du support technique (disponibilité des outils) expliquent la progression des visites beaucoup plus lente que prévue. Au plus fort du projet, le rythme de chaque délégué n'a guère dépassé 15 médecins rencontrés par semaine. La difficulté d'obtenir des rendez-vous à moins de 6 mois d'avis dans certaines cliniques était incompatible avec l'échéancier très court du projet. Par ailleurs, nos données montrent un fléchissement de l'accès aux médecins entre la première et la deuxième visite. La curiosité initiale suscitée chez le médecin par la visite d'un délégué de la santé publique pourrait s'être estompée à la deuxième visite. En fin de projet, la fatigue des délégués, l'effet de saturation du médecin attribuable aux visites rapprochées et d'autres facteurs circonstanciels pourraient expliquer l'augmentation du taux de refus.

Au fur et à mesure que le projet avançait, l'accès sans rendez-vous a prédominé, probablement sous l'effet conjugué de l'expérience de route acquise par les délégués et de la difficulté de plus en plus grande d'obtenir un rendez-vous dans les délais impartis.

Selon le rapport des observateurs non participants qui ont assisté aux visites des déléguées, les points forts du processus de vente observé ont trait à l'excellente qualité de la relation établie avec le personnel des cliniques, le professionnalisme des contacts avec les médecins, l'écoute active (verbale et non verbale), le contrôle de l'entrevue et la mise en valeur du produit. L'attitude du médecin a été explorée de façon plus superficielle, peut-être parce que les déléguées avaient déjà forgé leur opinion à ce sujet lors de visites précédentes. Pour les techniques visant à explorer les besoins des médecins quant au thème présenté, elles ont été faiblement utilisées : on n'a pas senti que la déléguée pénétrait souvent dans la « bulle » personnelle du médecin pour l'attirer vers le produit. Enfin la validation des informations et une conclusion véritable de la vente n'ont pratiquement pas été observés. Nous estimons que le processus utilisé par les déléguées lors de ces visites se rapproche fortement de la qualité de travail actuellement observée dans l'industrie pharmaceutique. L'approche est à la fois sympathique et professionnelle, fortement centrée sur le produit plutôt que sur les besoins du client. Il est possible que ce type d'approche s'avère trop superficielle pour opérer des changements importants, surtout chez les médecins peu intéressés au produit ou résistants.

Ateliers

Le projet PPC a dépassé son objectif de déplacer pour un atelier plus de 20% des médecins rencontrés, allant jusqu'à un tiers des médecins pour le groupe NNS. En comparaison, l'industrie pharmaceutique n'obtient habituellement que moins de 10% de présence pour les formations qu'elle propose aux médecins.

Les médecins plus jeunes, en forte proportion des femmes, ont participé davantage à nos ateliers. Pour le groupe NNS, le projet a profité de l'intérêt manifeste pour la prévention des périnatologistes et du concours de leaders d'opinion locaux qui ont grandement facilité le recrutement.

Les ateliers ont été jugés excellents pour l'ensemble des critères d'évaluation par 80 % et plus des participants, l'atelier ONO étant le plus populaire.

La période estivale s'est avérée très défavorable à l'organisation des ateliers, comme d'ailleurs aux visites. De plus, le format long de l'atelier (3 heures), la compétition avec les activités de formation organisées par l'industrie pharmaceutique et la surcharge de travail des cliniciens ont été à l'origine des difficultés importantes de recrutement et des désistements fréquents de dernière minute.

Outils et systèmes de bureau

Les nombreux outils originaux développés et offerts « à la carte » aux médecins ont consommé beaucoup du temps et de l'énergie des équipes du projet. Ils ont eu, comme prévu initialement,[Pélissier-Simard, 1997 #41] un succès variable. Plus de 90% des médecins

répondants au questionnaire se sont déclarés satisfaits des outils et les deux tiers les ont jugés utiles pour leur pratique. L'outil pour les patients « Ligne info-actif Montérégie » n'a pas eu l'impact espéré.

Les délais de production trop longs, le manque d'expertise en infographie et l'insuffisance des moyens techniques (logiciels, imprimerie) disponibles à la Régie nous ont forcé à abandonner la production « maison des outils », qui aurait pu s'avérer moins coûteuse. Cette expérience n'a pas été sans causer des retards significatifs dans l'avancement du projet.

➢ *Efficacité et coûts*

Malgré les ressources limitées allouées pour l'évaluation du projet, celle-ci a réussi à dégager une tendance robuste à l'amélioration de la pratique du counselling par les médecins visités, en pré-post intervention (NNS) et par rapport au groupe témoin (ONO). Dans l'enquête menée auprès des patients, considérés comme une source d'information fiable, cette tendance est significative tant pour la performance que pour la durée du counselling, en particulier pour les thèmes VIH/grossesse et tabagisme dans la population générale ($p<0.05$). Cette tendance se maintient, même si on agrège les données-patient par médecin traitant et par clinique.

La seule des six interventions qui ne semble pas avoir eu d'effet est celle qui concerne la promotion de l'activité physique, ce qui concorde avec l'échec de la ligne ouverte info-actif. Dernière intervention du projet, la promotion de l'activité physique a été un peu précipitée, et la fatigue des délégués s'est fait sentir avant Noël. L'hiver est une saison moins propice que l'été pour promouvoir ou entreprendre un programme d'exercice. Il s'agit d'un sujet nouveau pour les médecins, et si les fondements scientifiques concernant les bienfaits de l'activité physique pour la santé sont bien établis, les évidences prouvant que le counselling des médecins est efficace sont encore minces.

Différant d'opinion avec leurs patients, les médecins expérimentaux questionnés n'ont pas déclaré faire significativement plus de counselling que les témoins. Cette absence de différence pourrait s'expliquer du fait que les médecins ont généralement tendance à surestimer leurs performances [27, 62] et considèrent qu'ils font déjà le maximum au chapitre du counselling, compte tenu des contraintes de leur pratique. La satisfaction des médecins et leur perception positive de l'utilité du projet étaient significativement reliées ($p<0.05$) à la perception par les médecins de l'amélioration de leur pratique préventive. Les effets notés dans cette évaluation reflètent des changements à court terme. La persistance de ces effets à moyen et long terme reste à démontrer. Des interventions de renforcement seraient sans aucun doute nécessaires, comme les médecins interrogés l'ont fortement recommandé au cours des entrevues.

Le projet a dépassé ses objectifs pour ce qui est d'établir un canal de communication avec les omnipraticiens, en rencontrant 66 à 92% des médecins visés jusqu'à 5 reprises, pour des durées moyennes de 5 à 24 minutes. Le taux de participation de ces médecins aux ateliers a été de 21 à 33%, et la satisfaction à l'égard des activités du projet de 76 à 95 %.

Du côté des coûts, nos estimations permettent aux organisations qui voudraient entreprendre les mêmes activités de pouvoir les planifier financièrement. Les coûts réels des interventions ont rarement été publiés,[30] mais nous estimons que nos productions ont été réalisées à des coûts minimaux, en comparaison avec des productions d'utilité comparable mises en circulation par l'industrie pharmaceutique ou d'autres organisations publiques ou privées.

4.2 Conséquences pour les services et les politiques de santé

Le projet PPC est à notre connaissance le premier à utiliser des méthodes de marketing pour promouvoir l'intégration de la prévention, et particulièrement le counselling, à la pratique clinique. Tant au niveau du processus que des effets et malgré sa courte durée, il démontre déjà des résultats tangibles et prometteurs. Il a permis d'avoir accès et de transférer des connaissances et habiletés utiles à des partenaires jusqu'ici ignorés du réseau public. Ce nouveau canal de circulation des guides de pratique clinique pourrait permettre une amélioration de l'efficacité et de l'efficience des soins tant curatifs que préventifs, comme le propose la Commission Clair.[Clair, 2000 #14] Les programmes de santé publique peuvent bénéficier des méthodes développées par le projet pour faire passer leurs messages à travers le canal clinique de première ligne et établir un partenariat efficace avec les cliniciens. Grâce à cette stratégie, le médecin devient un intervenant privilégié en prévention et promotion de la santé, ce qui concorde parfaitement avec la vision de la pratique médicale du XXI^{e} siècle. Enfin, ces premiers résultats suscitent de nouvelles questions qui méritent des réponses dans l'intérêt du système de santé.

4.3 Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, nous proposons de :

A. Maintenir le canal ouvert et l'élargir à tous les professionnels du réseau, avec l'aide de relais (leaders d'opinion locaux). Des moyens de communication comme un feuillet périodique (ex : utilisation du journal Sentinelle en Montérégie), des télécopies en cas d'intervention urgente, le courrier électronique permettraient de garder un lien entre les médecins et la santé publique. L'intervention préventive en milieu clinique aurait avantage à se brancher sur les activités du nouveau Département régional de médecine générale (omnipraticiens) et la Direction des affaires médicales de la Régie (médecins d'établissements), garder contact avec les associations de médecins et d'autres professionnels. Ne pas oublier le personnel des cliniques, dont on devrait encourager la participation.[3]

B. Étant donné les difficultés de recrutement, formation, entraînement et rétention des délégués médicaux dans un contexte très compétitif, des conditions d'emploi avantageuses et un encadrement suffisant doivent être offerts sur une base permanente si on veut recourir à cette stratégie de promotion. On considère généralement dans l'industrie pharmaceutique qu'un délégué prend 6 mois à devenir efficace sur un territoire donné.

C. Développer et garder à jour des systèmes d'information concernant les interventions préventives efficaces

D. Définir les priorités d'intervention et coordonner les actions de santé publique pour éviter la sollicitation excessive des professionnels et pour établir une synergie des stratégies de prévention-promotion clinique et communautaire.

E. Mieux établir le niveau des pratiques et les besoins des cliniciens. Développer et maintenir une banque de données à cet effet.

F. Fixer pour chaque intervention des objectifs réalistes dont l'atteinte est évaluable

G. Identifier les barrières (professionnels, patients, organisation de la pratique incluant le personnel) et utiliser des stratégies sur mesure pour les contourner (vente académique, communication persuasive, leaders d'opinion, formation, outils et systèmes de bureau, autres)

H. Pour la visite des professionnels, systématiser une approche sur les heures de rendez-vous, planifiée longtemps à l'avance et non « comme un cheveu sur la soupe ». Un sondage effectué par les délégués auprès de nos médecins répondants démontre que la quasi-totalité accepteraient de recevoir des délégués pour 4 thèmes par an sur des rendez-vous planifiés.

I. Pour les formations, centrer sur l'apprentissage d'habiletés cliniques basées sur la pratique, en petit groupe (8 à 12). Prévoir les sessions longtemps à l'avance, les systématiser (ex : 2 fois par année, printemps et automne, attention aux conflits entre les formations), « overbooker » pour compenser les désistements et offrir crédits académiques et rémunération aux participants.

J. Continuer de développer des approches de counselling ultracourtes inspirées du marketing pour de nouveaux thèmes et des clientèles spécifiques (jeunes, personnes âgées, défavorisées)

K. Promouvoir une approche opportuniste de la prévention utilisant le counselling court

L. Développer, adapter et généraliser des systèmes de rappel pour certaines interventions (vaccination) ou certaines clientèles à risque (cancer du sein ou du côlon, HTA, diabète)

M. Dès la planification d'une activité, garder à l'esprit la préoccupation d'évaluation du processus, des effets et des coûts de chaque activité réalisée.

N. Monitorer les coûts réels des interventions, incluant le temps des professionnels affectés au développement et au soutien des interventions.

5 DIFFUSION

5.1 Publics-cibles

5.1.1 Réseau de la santé

- Partenaires du projet: FASS (santé Canada), Direction de la santé publique de la Montérégie (RRSSSM), Collège des médecins du Québec, Collège québécois des médecins de famille, associations de médecins omnipraticiens de la Montérégie membres de la FMOQ, Hôpital Charles LeMoyne, Université de Sherbrooke, Glaxo SmithKline, Kino-québec, Fondation des maladies du cœur du Québec ainsi que tous les médecins omnipraticiens de la Montérégie;
- Gestionnaires et intervenants du réseau régional, provincial et national de la santé et des services sociaux ;
- Professionnels et chercheurs en prévention clinique au niveau international.

5.1.2 Médias et décideurs

5.2 Objectifs de diffusion

5.2.1 Réseau de la santé

- Susciter l'intérêt pour le projet chez les médecins et autres professionnels de la santé, ainsi que chez les groupes et organismes publics et privés engagés en prévention clinique ;
- Promouvoir les méthodes et outils développés par le projet auprès des personnes et groupes qui pourraient en bénéficier;
- Sensibiliser les instances décisionnelles au potentiel représenté par l'intégration d'interventions préventives efficaces à la pratique des professionnels de la santé.

5.2.2 Médias et décideurs

- Susciter l'intérêt pour le projet et les interventions préventives efficaces qu'il préconise ;
- Sensibiliser la population au rôle préventif du médecin;
- Sensibiliser les décideurs en faveur de la prévention clinique.

5.3 Moyens et stratégies

5.3.1 Réseau de la santé

- Partenaires: les partenaires directs recevront le rapport complet. Tous les médecins omnipraticiens de la Montérégie recevront une brochure-résumé du projet avec offre de leur faire parvenir le rapport complet sur demande.
- Gestionnaires et intervenants du réseau régional, provincial et national : nous prévoyons des présentations et publications régionales, provinciales et nationales (Journées nationales de santé publique, Colloque « De la connaissance à la pratique », FASS, 23 avril, Colloque Jean-Yves Rivard et Carrefour de l'innovation, novembre 2001). Selon la demande, nous demeurons disponibles pour des présentations et des formations, en collaboration avec le réseau public, les associations professionnelles et les universités, comme nous l'avons fait jusqu'ici (Chicoutimi 1999, Vaudreuil-Dorion 2000, Universités de Sherbrooke et de Montréal 2000, Journées régionales et provinciales de santé publique 2000).
- Au niveau international : une dizaine d'articles scientifiques découlant de nos travaux sont en préparation et seront proposés pour publication dans des revues spécialisées adressées à la profession médicale, en trois langues (français, anglais et espagnol). L'aspect novateur du projet a déjà suscité beaucoup d'intérêt à l'étranger. Nous avons présenté notre méthodologie à Prague (WONCA 1997), à Orlando (NAPCRG 1997), à Montréal (NAPCRG 1998, 3^{e} Conférence sur la santé des Amériques 2000), ainsi qu'à Buenos Aires (en 1997 et au XXVII^{e} Congrès argentin de cardiologie 2000). Notre méthode de communication persuasive a été enseignée lors d'une mission de formation des médecins de Tahiti, Polynésie française en 1999. En 2001, des présentations sont prévues à Moncton (Conférence du comité canadien pour l'allaitement), Genève et Lausanne, Washington (Academy of Breastfeeding Medicine), Vancouver (Collège des médecins de famille du Canada), Halifax (NAPCRG) et Buenos Aires (ASQua's 18th Conference).

5.3.2 Médias et décideurs

- En juin 2001, nous prévoyons le lancement d'une brochure-résumé du projet, incitant les médias et décideurs à communiquer avec nous pour de plus amples informations.

5.3.3 Site Web

Le projet PPC achève de construire son site Internet, qui sera accessible directement sur le web en juin 2001 à l'adresse : www.preventionclinique.ca. On y retrouvera une section « à propos du projet », qui en présentera les bases, les objectifs, les stratégies, les promoteurs, les partenaires, les clientèles, les activités, les méthodes d'évaluation et les résultats. On y établira des hyperliens avec des sites clés en prévention clinique et des sites pertinents pour

chacun des thèmes abordés. Une autre section présentera les productions du projet : outils développés pour les médecins et leurs patients, présentations et publications.

6 ANNEXES (DISPONIBLES SUR DEMANDE)

6.1 Tableaux complémentaires de résultats

6.2 Outils d'intervention

6.2.1 Outils à l'usage des délégués, des médecins et de leurs patients (deux cartables : NNS et ONO)

6.2.2 Diapositives et bandes vidéo des Ateliers en Techniques de Persuasion

6.3 Outils d'évaluation

6.3.1 Fiche de visite du délégué

6.3.2 Questionnaires pour les médecins (NNS et ONO)

6.3.3 Questionnaires pour les patients (NNS et ONO)

Bibliographie

1. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa: Groupe Communication Canada, 1994.

2. United States Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Alexandria, VA: International Medical Publishing, 1996.

3. Pélissier-Simard L, Donovan D, Groulx S, Haiek L. Étude des facteurs modifiables dans l'intégration de la prévention à la pratique des omnipraticiens. St-Hubert: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997.

4. Battista RN, Hodge MJ, Vineis P. Medicine, practice and guidelines: the uneasy junction of science and art. Journal of clinical epidemiology 1995; 48:875-880.

5. Clair M. et coll. Les solutions émergentes: rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.

6. Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles. 1993.

7. Butler-Jones D. Enhancing prevention in the Practice of Health Professionals. Canadian Journal of Public Health. Revue canadienne de Santé Publique 1996; 87:S75-8.

8. Rosser W., Palmer W. Dissemination of guidelines on cholesterol. Canadian Family Physician 1993; 39:280-284.

9. Davis D, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 157 (4) 408-16.

10. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 1974; 2:328-335.

11. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1975.

12. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckman, J. (Éds), ed. Action-control: from cognition to behavior. Heidelberg: Springer, 1985:11-39.

13. Triandis HC. Interpersonal behavior. Monterey, CA.: Brook/Cole, 1977.

14. Bandura A. Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. Psychological review 1977; 84.

15. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1992; 37:122-147.

16. Green LW, Eriksen MP, Schor EL. Preventive Practices by Physicians: Behavioral Determinants and Potential Interventions. American Journal of Preventive Medicine 1988; 4:101-107.

17. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mountain View, CA: Mayfield publishing Company, 1991.

18. Walsh J, McPhee S. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. Health Education Quarterly 1992; 19:157-175.

19. Rochon A. Savoir, Vouloir, Pouvoir apprendre à mieux vivre. Éducation populaire, 1990.

20. Lalande R, Goudreau J. Éducation du patient et observance aux recommandations: une stratégie d'intervention pour le clinicien. Psychologie médicale 1991; 23:655-658.

21. Chapuis P. Tirez d'abord,...vous viserez ensuite. Working papers.: École des Hautes Études Commerciales, Université de Montréal, 1990.

22. Chapuis P. Étude exploratoire d'un processus de décision stratégique atypique. École des Hautes Études Commerciales. Montréal: Université de Montréal, 1993.

23. Roberge CD. Arrêtez de vendre, laissez vos clients acheter. Humaniser la vente par l'échange, l'écoute et l'empathie. Montréal: Les éditions transcontinental, 2001; 234.

24. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Pshychol 1983; 51:390-395.

25. Prochaska JO. Assessing how people change. Cancer 1991; 67:805-807.

26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Application to addictive behaviors. American Psychologist 1992:1102-1114.

27. Woodward C. Improving provider skills. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality of care - a process of change. World Health Organization 2000; Issues in health services delivery. Discussion paper No. 1.

28. Oxman A, Thomson M, Davis D, Haynes R. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ 1995; 153(10):1423-31

29. Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes R. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274(9):700-5

30. Freemantle N, Harvey E, Wolf F, Grimshaw J, Grilli R, Bero L. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4, 2000.

31. Thomson O'Brien M, Oxman A, Davis D, Haynes R, Freemantle N, Harvey E. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews [computer file]. (2):CD000125, 2000.

32. Davis D, O'Brien M, Freemantle N, Wolf F, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?. JAMA 1999; 282(9):867-74

33. Belcher D, Berg A. Practical approaches to providing better preventive care: are physicians a problem or a solution. American Journal of Preventive Medicine 1988; suppl. 4.:27-48.

34. Borgiel A, Williams J, Davis D, et al. Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. CMAJ 1999; 161 (8):965-70.

35. Thomson O'Brien M, Oxman A, Davis D, Haynes R, Freemantle N, Harvey E. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews [computer file]. (2):CD000259, 2000.

36. Thomson O'Brien M, Oxman A, Davis D, Haynes R, Freemantle N, Harvey E. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews [computer file]. (2):CD000260, 2000.

37. Avorn J, Soumerai S. Improving drug-therapy decisions through educational outreach: a randomized controlled trial of academically based detailing. New England Journal of Medicine 1983; 308:1457-1463.

38. Soumerai SB. Factors influencing prescribing. Austr J Hosp Pharm 1988; 18 (3):9-16.

39. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. JAMA 1990; 263:549-556.

40. Soumerai SB, Lipton HL. Evaluating and Improving Physician Prescribing. In: Strom BL, ed. Pharmacoepidemiology, 1994.

41. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. International Journal for Quality in Health Care 1994; 6(2):115-32

42. Hensrud D. Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 2. Delivering Primary Preventive Services. Mayo Clin Proc 2000; 75:255-264.

43. Hensrud DD. Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 1. Rationale and Current Preventive Practices. Mayo Clin Proc. 2000; 75:165-172.

44. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA 1999; 282:1458-1465.

45. Hayward RSA, Guyatt GH, Moore K-A, McKibbon A, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 156:1715.

46. Battista RN, Stachenko SJ. Le rôle du médecin de famille en prévention. Le médecin du Québec 1986:33-36.

47. Beaulieu M-D, Hudon É, Pineault R, Roberge D, Forté D, Légaré J. Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales: sommes nous sur la même longueur d'onde ? CMAJ 1999; 161 (5): 519-23

48. Hutchinson BG, Abelson J, Woodward CA, Norman G. Preventive care and barriers to effective prevention : How do family physicians see it? Canadian Family Physician 1996; 42:1693-1700.

49. Cogswell B, Eggert MS. People Want Doctors to Give More Preventive Care: A Qualitative Study of Health Care Consumers. Archives of Family Medicine 1993; 2:611-619.

50. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA. Opportunistic Preventive Services Delivery: Are time Limitations and Patient Satisfaction Barriers? The Journal of Family Practice 1998; 46:419-424.

51. Beauchemin M. La santé cardiovasculaire intégrée aux pratiques médicales: Où sommes-nous en francophonie. Les actualités du Cœur 1997.

52. Jaen C, Stange K, Nutting P. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. Journal of Family Practice 1994; 38:166-171.

53. Dickey L. Promoting preventive care with patient held mini-records: a review. Patient Education and Counselling 1993; 20:37-47.

54. Standing P, Mercer S. Quinquennial cervical smears: every woman's right and every general practitioner's responsibility. British Medical Journal 1984; 289:883-886.

55. Battista R, Williams J, Boucher J, et al. Testing various methods of introcucing health charts into medical records in family medicine units. Canadian Medical Association Journal 1991; 144:1469-1474.

56. Cohen D, Littenberg B, Wetzell C, Neuhauser D. Improving physician compliance with preventive medicine guidelines. Medical Care 1982; 20:1040-1045.

57. Harris R, O'Malley M, Fletcher S, Knight B. Prompting physicians for preventive procedures: a five year study of manual and computer reminders. American Journal of Preventive Medicine 1990; 6:145-152.

58. Gemson G, Ashford A, Dickey L, al. e. Putting prevention into practice: impact of a multifaceted physician education program on preventive services in the inner city. Archives of Internal Medicine 1995; 155:2210-2216.

59. Carney P, Dietrich A, Keller A, Landgraf J, O'Connor G. Tools, teamwork and tenacity: an office system for cancer prevention. Journal of Family Practice 1992; 35:388-394.

60. McVea K, Crabtree BF, Medder JD, et al. An ounce of prevention? Evaluation of the "Put Prevention into Practice" program. Journal of Family Practice 1996; 43:361-369.

61. Groulx S, Chapuis P. La méthode clinique centrée sur la personne : au-delà de la maladie et du patient, prenez contact avec la personne pour vendre votre prescription et améliorer l'observance 1- L'observance, un comportement à médiation émotionnelle 2- Comment convaincre votre client d'acheter votre prescription...et de revenir ! 2001.

62. Baskerville NB, Hogg W, Lemelin J. Process Evaluation of a Tailored Multi-faceted Approach to Changing Family Practice Patterns and Improving Preventive Care, 2000.

63. Lemelin J, Hogg W, Baskerville NB. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. Canadian Medical Association Journal 2001; 164:757-763.

64. Hutchison B. Woodward CA. Norman GR. Abelson J. Brown JA, Provision of preventive care to unannounced standardized patients. CMAJ. 1998; 158(2) :185-93.

Promouvoir la santé et prévenir la maladie ne sont pas toujours choses faciles. Les médecins peuvent y contribuer en autant qu'ils sont informés et outillés pour intervenir efficacement auprès de leurs patients.

Le projet Promotion de la prévention clinique (PPC) a voulu expérimenter des stratégies de promotion inspirées du marketing pour faire des médecins omnipraticiens en pratique privée de meilleurs « vendeurs » de prévention auprès de leur clientèle.

Le projet a eu des retombées positives. Il a, notamment, permis de promouvoir la communication entre les praticiens et la santé publique, d'améliorer la qualité et la durée du counselling préventif et d'estimer les coûts d'une telle approche. Bref, le projet a prouvé que la prévention pouvait faire un pas de plus en avant.

Stéphane Groulx

Abder Maâroufi

Laura Haiek

Denise Donovan

Philippe Chapuis

Bonne lecture !